

# MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS

## Para la intervención a mujeres con consumo de drogas y alcohol en el embarazo y/o maternaje

Recomendaciones a las normas técnicas de Senda





# **MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS**

## **Para la intervención a mujeres con consumo de drogas y alcohol en el embarazo y/o maternaje**

**Recomendaciones a las normas técnicas de Senda**

**Palacios Tolvett, Mónica (coordinadora editorial)**

Manual de buenas prácticas para la intervención a mujeres con consumo de drogas y alcohol en el embarazo y/o maternaje: Recomendaciones a las normas técnicas de Senda [texto impreso] / Mónica Palacios Tolvett (coordinadora editorial); Mónica Díaz Leiva; Natalia Quintana Cortés; Paulina Aracena Mora; Tamara Palomino Araneda. – 1ª ed. – Santiago: Universidad de Santiago de Chile, 2022.

110 p.: 15,5 x 23 cm. (Colección Fuera de Serie).

ISBN: 978-956-303-566-7

1. Embarazadas - Uso de drogas - Chile I. Título. II. Serie.

Dewey: 362.2930.-- cdd 21

Cutter : P153m

Fuente: Agencia Catalográfica Chilena

Este Manual es producto del proyecto de investigación “Modelo de Intervención con Enfoque de Género: Programa Ambulatorio Intensivo para Mujeres en Embarazo y Post Parto”, financiado por el fondo de la Dirección de Investigación y Tecnología de la Universidad de Santiago de Chile.

© Editorial Universidad de Santiago de Chile, 2022

Av. Víctor Jara 3453, Estación Central, Santiago de Chile

Tel.: +56 2 2718 0080

[www.editorial.usach.cl](http://www.editorial.usach.cl)

Instagram: @editorialusach

Twitter: @Editorial\_Usach

ISSUU: /Editorial-Usach

Mail: [editor@usach.cl](mailto:editor@usach.cl)

I.S.B.N. edición impresa: 978-956-303-566-7

I.S.B.N. edición digital: 978-956-303-567-4

Director editorial: Galo Ghigliotto G.

Edición: Catalina Echeverría I. y Consuelo Olguín A.

Diseño y diagramación: Andrea Meza V.

Primera edición, agosto 2022

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico o mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo de la editorial.

Impreso en Chile

# **MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS**

## **Para la intervención a mujeres con consumo de drogas y alcohol en el embarazo y/o maternaje**

**Recomendaciones a las normas técnicas de Senda**



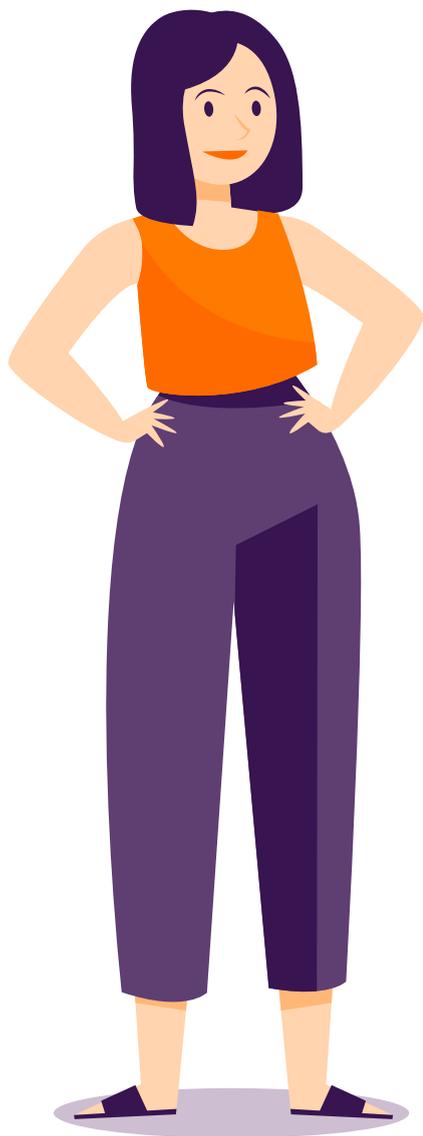


# Índice

Equipo de investigación.....	9
Agradecimientos.....	11
Prólogo.....	13
Introducción.....	17
¿Cómo y por qué surge este manual?.....	17
¿A quién va dirigido?.....	17
¿Cuál es el propósito de este manual?.....	18
¿Cuál es la estructura de este manual?.....	18
1. Antecedentes.....	19
2. Enfoques que guían la acción: conceptos claves.....	31
3. Acciones y estrategias transversales y centrales que guían la práctica.....	39
4. Momentos de la intervención.....	53
5. Abriendo posibilidades.....	95
Referencias bibliográficas.....	97
Anexos.....	99



# Equipo de investigación



Mónica Palacios Tolvett

Mónica Díaz Leiva

Natalia Quintana Cortés

Paulina Aracena Mora

Tamara Palomino Araneda



# Agradecimientos

Queremos agradecer al Hospital y CRS El Pino por la generosidad en abrir las puertas para el proceso de investigación.

Al equipo del Programa Ambulatorio Intensivo para mujeres por su activa participación y sus profundas reflexiones acerca de las prácticas y saberes compartidos.

A las mujeres usuarias del programa, que a pesar de las múltiples condiciones adversas se dispusieron a compartir sus experiencias en el programa y cómo estas han impactado en sus vidas cotidianas.

A los estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Santiago de Chile que han apoyado la realización de los dos seminarios de presentación de resultados y la diagramación de este manual.

Finalmente agradecemos a la Universidad de Santiago de Chile (USACH)



y particularmente al Proyecto InvClínica\_DICYT, Código 022091PT\_MED, de la Vicerrectoría de Investigación, Desarrollo e Innovación.

# Prólogo

La mujer, su entorno, su embarazo, su familia y su historia son el sustrato donde se establece el vínculo de la práctica clínica.

El trabajo clínico requiere de la construcción de lineamientos y guías que permitan una adecuada práctica clínica. Las buenas prácticas nacen del quehacer con la usuaria; nacen de la interacción con ella, de lograr conocer su sentir que nos orienta a construir nuevas prácticas. Es fundamental en este quehacer tener la visión puesta en el ser humano que atendemos. El trabajo clínico no debe ser visto solamente como el despliegue de acciones técnicas, más bien debe ser construido como un territorio de interacciones humanas con el fin de producir un vínculo prolongado, fomentando la adherencia activa, en donde se construye un espacio de cambio.

La flexibilidad, la comprensión empática del problema y la visión de ofrecer alternativas de cambio son centrales en el camino conjunto de este proceso. La construcción conjunta es un ir y venir, explorando alternativas, fracasando, teniendo éxitos parciales y finalmente, esperar un resultado que pueda permitir a la usuaria tener la percepción de una mejor calidad de vida.

Este manual describe la práctica clínica desarrollada en el Programa Ambulatorio Intensivo específico de mujeres del Servicio de Salud Mental del Hospital y CRS El Pino, construida a partir de ejes que han permitido desarrollar un

programa robusto. El trabajo transdisciplinar nos permite un diálogo respetuoso y fluido de diferentes saberes, prácticas y experiencias, tanto de los tratantes como de las usuarias, con un fin común: construir alternativas para responder al dilema de las usuarias que a pesar de tener problemas con el consumo, no logran cambiar, acompañándolas a buscar alternativas que les permitan reducir el nivel de riesgos y de daños para ellas y sus hijos e hijas. Esto busca reducir las inequidades establecidas por el género y condición socioeconómica con una atención digna, resguardando derechos y potenciando la autonomía. Busca abordar a las mujeres desde su entramado social, desde las redes que han logrado construir y visualizando aquellas que deben reparar o construir de nuevo.

Todas estas acciones se han desarrollado a partir de un trabajo con un alto contenido técnico. Múltiples escuelas de pensamiento social y psicológico han confluído para este logro.

Este es un manual construido en pandemia, la que nos sitúa en un escenario donde debemos seguir trabajando para resolver los nuevos desafíos e incorporar estrategias innovadoras de intervención a distancia, intentando responder la pregunta sobre cómo las nuevas tecnologías pueden acercar los tratamientos a más personas y así acortar brechas de acceso a atenciones en salud. Se vuelve necesario por tanto, generar condiciones para que esta oportunidad se configure como una alternativa concreta para favorecer el acceso oportuno a tratamientos de salud mental.

Es la investigación la que nos permitirá mejorar nuestras prácticas y construir nuevos caminos, favoreciendo la creación, modificación y potenciación de estrategias clínicas y éticas que favorezcan el acompañamiento de un proceso vital de gran trascendencia, en la medida en que

la maternidad es un periodo de transformación interior, crecimiento, desafíos y encuentro consigo misma y su entorno.

Cuando se inició el programa hace 7 años, el apoyo incondicional del Dr. Guillermo Vergara, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital El Pino fue fundamental. A pesar de que para esa época la atención de pacientes duales era la prioridad, la propuesta de trabajar con mujeres en embarazo y postparto fue recibida con beneplácito y optimismo.

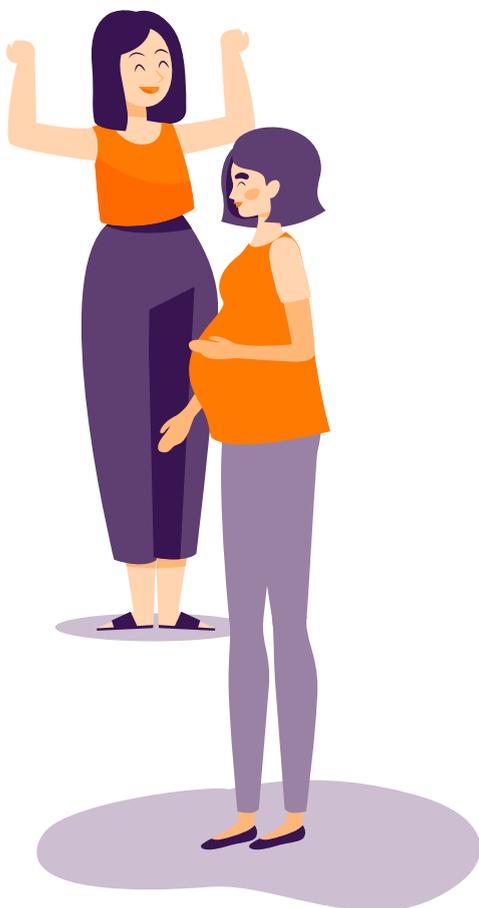
Se sumaron al equipo tres miembros que forjaron el inicio del programa.

El psicólogo Manuel Barboza, nuestro coordinador actual, es el responsable del nivel de orden y cumplimiento de nuestro programa. Sin la colaboración de Manuel este programa no tendría el nivel de desarrollo actual.

La terapeuta ocupacional Tamara Palomino Araneda, nuestra actual coordinadora del programa infanto juvenil, con su inteligencia y visión nos ha permitido crecer y fortalecernos.

La trabajadora social Teresa Lobos nos enseñó sobre la construcción y manejo de las redes de atención. Es de ella la frase “los pacientes no son nuestros, son de la red”.

Posteriormente se fueron sumando nuevos miembros, en un proceso dinámico, siendo



un equipo con poco recambio de profesionales. Quisiera nombrar a cada uno de ellos y describir su importante apoyo. Citar a los que ya han migrado a otros programas y dejaron una importante huella en nuestro programa. Pero la extensión del documento no me lo permite.

Agradecer a las investigadoras de nuestro equipo, todas ellas terapeutas ocupacionales, Paulina Aracena Mora, Tamara Palomino Araneda y Natalia Quintana Cortés. Su tesón y perseverancia ha permitido el desarrollo de esta y otras investigaciones, y ha enriquecido los logros del equipo.

También expresar agradecimientos a instituciones que han contribuido al desarrollo de nuestro quehacer y el de nuestro programa. El apoyo de Senda ha sido fundamental en el desarrollo técnico y financiación del programa. El trabajo colaborativo con el Ministerio de Salud ha permitido desarrollar nuevos programas. El apoyo de la OPS y en particular de la Dra. Maristela Monteiro en el desarrollo técnico del programa de síndrome alcohólico fetal. El apoyo de las universidades, en particular la Universidad Andrés Bello y la Universidad de Santiago tanto en el desarrollo docente como de investigación.

Equipo PAI (Patología dual, específico de mujeres, infantojuvenil y jóvenes infractores de ley): Manuel Barboza, Martín Arcila, Teresa Lobos, Tamara Palomino, Natalia Quintana, Paulina Aracena, Paola Jouannett, Carmen Marchant, Fernando Mujica, Denisse Calderón, María Francisca Aguirre, Denisse Cáceres, Soledad Rowlands, Macarena Díaz, Alinne Guerrero, Katerine Oyarzo, Mara Guajardo, Nicolás Navarrete, Paula Cherres y Nathaly Valenzuela.

Martín Arcila Martínez  
Manuel Barboza Hinojoza

# Introducción

## ¿Cómo y por qué surge este manual?

Este manual surge como producto de la experiencia y reflexiones de largos años del equipo del PAI-M del Hospital El Pino, y del proceso de investigación realizado entre los años 2020 y 2021 por un equipo compuesto por terapeutas ocupacionales del Programa PAI y académicas de la carrera de Terapia Ocupacional (T.O.) de la Universidad de Santiago de Chile.

## ¿A quién va dirigido?

Va dirigido a diversos equipos que trabajan con mujeres adultas y jóvenes, especialmente en los programas ambulatorios intensivos para mujeres (PAI-M), y también orientado a distintas modalidades de trabajo con mujeres con o sin hijas/es/os, desde diversos espacios como Centro Comunitario de Salud Mental (Cosam), Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes o en Centros de Atención Primaria en Salud desde diferentes enfoques y estrategias de abordaje.

También esperamos contribuir a los equipos que diseñan las normas técnicas desde los programas vinculados al Ministerio de Salud (Minsal) y al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

(Senda), invitándoles a considerar este material dentro de sus acciones estratégicas.

### **¿Cuál es el propósito de este manual?**

El propósito es aportar a generar reflexiones en los equipos de trabajo que permitan profundizar en las implicancias ético políticas de sus acciones en la vida de mujeres que han sido históricamente vulneradas, situar en el centro las condiciones de producción de sus realidades, y reconocer sus experiencias y aprendizajes con los que ellas, sus familias y redes cuentan para proyectar transformaciones en sus vidas y las de sus hijas/es/os.

### **¿Cuál es la estructura de este manual?**

Este manual se organiza en cinco apartados. El primero da cuenta de los antecedentes vinculados a los programas y a la investigación realizada; el segundo aborda los enfoques transversales que guían la acción; en el tercero se plantean las propuestas para la intervención y las acciones transversales y centrales que guían la práctica; en el cuarto se dialogan los principales momentos durante el proceso terapéutico: ingreso, proceso, alta y seguimiento; y en cada uno de estos momentos se hace una invitación a reflexionar sobre las propias experiencias. Finalmente, en el quinto apartado hacemos una apertura a los posibles caminos.

# 1. Antecedentes

## Contexto de los PAI-M

El Programa Ambulatorio Intensivo para Mujeres (PAI-M) es un dispositivo de tratamiento que da atención especializada a mujeres adultas mayores de 18 años con problemas asociados al consumo de alcohol y/o drogas con hijas/es/os recién nacidos y embarazadas, mediante un tratamiento que se extiende por aproximadamente 8 meses con posibilidades de extensión según la evaluación de los equipos, y posterior al nacimiento. Recibe la orientación técnica y el financiamiento del Senda y del Minsal. El programa contempla el trabajo conjunto con otros dispositivos sociosanitarios de cuidado, integración familiar y social.

El diseño del programa fue elaborado en conjunto entre el Senda y el Minsal, y corresponde a planes de tratamiento diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de las consultantes. El tratamiento es gratuito y se realiza en centros públicos y privados a mujeres beneficiarias de Fonasa y que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol. La duración de los tratamientos varía según la evaluación integral que se realice, recomendando una duración estimada de 6 meses para el plan ambulatorio básico, 8 meses para el ambulatorio intensivo y 12 meses para el plan residencial.

Un aspecto fundamental en la gestión del programa es la colaboración permanente entre el Senda y el Minsal, con representación nacional y regional para monitorear, supervisar y asesorar a los equipos y directivos en la implementación de los programas en los centros en materias técnicas y administrativas para el logro del propósito del programa.

Su objetivo es otorgar a las mujeres en embarazo y en maternaje, un tratamiento terapéutico oportuno y acorde a sus necesidades, orientado principalmente a reducir el consumo de drogas y alcohol y al control de las conductas de riesgo, fomentando y facilitando una relación saludable entre la madre y su hija/e/o.

El programa específico de mujeres del Senda nace en el año 2002, asumiendo que el consumo de drogas no se vive de la misma forma e intensidad ni presenta las mismas consecuencias sean físicas, psicológicas, y/o sociales, según el género. Se plantea la premisa de entregar atención oportuna y de calidad, que se traduzca en intervenciones terapéuticas diferenciadas, considerando el nivel de severidad, compromiso biopsicosocial y aspectos contextuales de las mujeres que se atienden.



## Características del equipo PAI-M y PAIA<sup>1</sup> del Hospital El Pino

El equipo PAI-M del Hospital El Pino tiene una visión común sobre los procesos de intervención y acompañamientos, que deben ser sostenidos por todas/os las/os integrantes del equipo. Esto requiere una organización horizontal basada en el reconocimiento de las trayectorias, decisiones y propositividad del equipo. (Palacios, Díaz, Aracena, Palomino, Quintana, 2021)

Sus características más importantes son:

- Quienes asumen el liderazgo (cargos de dirección) son figuras relevantes dado que favorecen este tipo de estructura organizacional y promueven la autonomía, organización proactiva y el fortalecimiento de diversos espacios de acompañamiento.
- Las trayectorias laborales se caracterizan por una búsqueda de un espacio de desarrollo más allá del tema específico que convoca el programa.
- El equipo se conforma de manera diversa y cuidadosa, las entrevistas a las y los profesionales buscan características que contribuyan al trabajo de equipo más que a conocimientos del tema del programa.



<sup>1</sup> PAIA es el Programa Ambulatorio Intensivo de adolescentes que también participó de la investigación en tanto atienden mujeres jóvenes en embarazo o maternaje.

- Las características de conformación y organización del equipo permiten prácticas de acompañamiento que favorecen la adherencia y están en estrecha relación con los enfoques transversales que guían sus prácticas; y con las estrategias de abordaje que se despliegan.
- El programa y el equipo se constituye y manifiesta como garante de derecho.
- Se releva el trabajo interdisciplinario, el liderazgo compartido y la percepción de que el equipo es un espacio de crecimiento, aprendizaje y desarrollo, que brinda posibilidades de formación permanente del equipo.
- El equipo realiza una práctica de cuidados mutuos que sostienen las acciones y estrategias con las usuarias ante situaciones que son severas y que les impactan.

## **Características de las mujeres**

Las características de las mujeres son variadas, plurales, no obstante, existen elementos comunes que son reconocidos en la práctica. De acuerdo al estudio realizado por Paola Valencia Recabarren (2015) y en el documento publicado por el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (Conace, 2004) en el mismo tema, se definen ciertas características que se confirman en la investigación “Modelo de intervención con enfoque de género: programa ambulatorio intensivo para mujeres en embarazo y postparto” (2021), realizada por el Equipo PAI-M del Hospital El Pino y la carrera de Terapia Ocupacional USACH.

Estas son:

- La mujer consumidora de drogas rompe con el estereotipo social asignado a su rol femenino, llegando a experimentar un estigma que es más estresante y destructivo que el que sufren los hombres que consumen. Este estigma surge desde el descuido o abandono de su rol materno, afianzado en la inestabilidad reflejada en el trabajo, la familia, su pareja, etc.
- Los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de consumo de drogas y/o alcohol en la mujer son los conflictos familiares, la violencia dentro del hogar, la no valoración de su aporte en el hogar y en la sociedad, su rol secundario, etc., derivados de su rol de género.
- Tienen a esconder su problema, a no pedir ayuda o a postergarla, reafirmado por un menor apoyo social y familiar, y por temor a ser sancionada socialmente y perder a sus hijos por el castigo o sanción de parte de instituciones de protección a las niñeces.
- Muchas veces no ingresan a tratamiento por las barreras sociales e individuales, algunas de las cuales responden al miedo de ser estigmatizadas como una “mala madre” que descuida o abandona el cuidado de sus hijas/es/os.
- Tienen dificultad de contar con alguien que cuide de sus hijas/es/os, por el escaso o nulo apoyo familiar y la separación del vínculo emocional de la pareja.
- Algunas mujeres consumen para acompañar a sus parejas consumidoras, y para mantener una relación o ingresan al mundo de las drogas impulsadas por sus propias parejas.
- Existe alta prevalencia de violencia intrafamiliar y abuso sexual y/o psicológico en las mujeres atendidas en los programas.

- La mayoría de las mujeres atendidas tiene enseñanza media completa o incompleta, y un grupo reducido de mujeres que no posee estudios de ningún tipo.
- La mayoría de las usuarias ingresan a tratamiento sin un trabajo estable.
- Es importante considerar que las mujeres cumplen roles sociales y familiares, y tienen cargas sociales y emocionales que dificultan el ingreso a tratamiento o el completo desarrollo de éste, una vez que ingresan.
- Varias mujeres que ingresan a tratamiento, lo hacen con al menos un hijo, lo cual confirma la necesidad de contar con dispositivos que permitan y favorezcan el cuidado de sus hijas/es/os.
- Las experiencias de embarazo, parto, maternaje también es vivida de manera compleja siendo sujetas de violencias institucionales, del castigo social y del despojo de derechos.
- El vínculo con los territorios tiende a ser más instrumental en el uso de recursos y posibilidades que la comunidad puede brindar.
- Ser mujer en el contexto de vulneración impacta gravemente en sus trayectorias, en la escasez de redes, en las pocas posibilidades de un proyecto de vida que transforme las condiciones de inequidad.
- Existe en ellas una naturalización de la violencia que les permite sobrevivir pero que al mismo tiempo impacta negativamente en las posibilidades de salir de esos circuitos.

## **Investigación realizada y principales resultados**

La investigación desarrollada durante los años 2020 y 2021 “Modelo de intervención con enfoque de género: programa ambulatorio intensivo para mujeres en embarazo y postparto”, realizada por el equipo PAI-M del Hospital El Pino y la carrera de Terapia Ocupacional USACH, tuvo como objetivo caracterizar el modelo de intervención del Programa Ambulatorio Intensivo de tratamiento del consumo de drogas y/o alcohol de mujeres en embarazo y maternaje del Centro de Referencia de Salud (CRS) del Hospital El Pino, ubicado en la comuna de San Bernardo.

Los principales resultados<sup>2</sup> indican las siguientes claves del modelo del PAI-M del Hospital El Pino:

### **Características del trabajo en red**

- El programa y su equipo de intervención constituyen un nodo significativo de la red para las usuarias y también para las instituciones vinculadas.
- El tránsito de las mujeres por la red y su acceso es un derecho, que debe ser ejercido considerando las particularidades de género en la articulación de esa red.
- El equipo de trabajo está en posición de liderar y articular la red en relación a los requerimientos, necesidades y acceso a derechos de las usuarias, sus hijas/es/os y sus familias.

---

<sup>2</sup> Estos resultados de la investigación fueron presentados en dos jornadas: Seminario de resultados Preliminares y Seminario de Resultados Finales en el mes de Diciembre del 2021.

- Existen diferentes tipos de redes y maneras de articulación, necesarias de distinguir cuando son mujeres adultas o mujeres jóvenes/adolescentes.
- La gestión de la red por parte de las usuarias es aprendida progresivamente desde la dependencia hacia la autonomía, requiriendo que el equipo acompañe la generación de los apoyos de la red.
- Los mecanismos para articular la red son asegurados a través de estrategias cara a cara, reuniones, con dedicación de tiempo, generación de espacios para construir la red, capacitaciones, seguimiento y monitoreo permanente para asegurar la operatividad de la red.
- La red es comprendida de manera situada, amplia, incorporando las redes primarias-familiares, parejas, amistades, territoriales, así como las redes secundarias e institucionales donde la mujer es parte de ese entramado.
- En general la articulación de redes funciona y genera experiencias de logro y acceso a derechos para mujeres que en su trayectoria han tenido experiencias de exclusión y discriminación.
- La articulación de las redes algunas veces produce tensiones que son abordadas en pos del logro de los objetivos concordados con las usuarias y con estrategias de acompañamiento.

## **Acompañamiento sostenido durante todo el proceso<sup>3</sup>**

- Los acompañamientos deben ser situados en todos los espacios que recorren las mujeres (territorio, comunidad, dispositivos, etc.).
- No es posible reducir los procesos de acompañamiento como acciones o campos aislados, o donde sólo se establecen coordinaciones para acordar determinadas prestaciones, sino como redes de acompañamiento, con equipos que están continuamente en procesos de autorreflexión y formación e impulsando acciones que involucran a las mujeres, sus familias, el territorio, las redes institucionales, las comunidades y la sociedad civil en su conjunto.
- Asegurar que los procesos de acompañamiento apunten hacia la autonomía, la autodeterminación y el pleno ejercicio de sus derechos para retomar su proyecto de vida.
- Los acompañamientos efectuados desde las redes de salud y con una perspectiva transdisciplinar, implican brindar espacios de cuidado que consideren la complejidad de la existencia y el sufrimiento que produce, en este caso la situación de consumo, otras situaciones de salud y sus condiciones concretas de vida.

---

3 Los resultados sobre la dimensión de acompañamientos fueron dialogados con los planteamientos conceptuales de Lima y Ghirardi (2008). Para consultar en extenso puede consultar en: Lima, E. M. A., & Ghirardi, M. I. G. (2008). Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(3), 153-158

## **Equipo transdisciplinario<sup>4</sup>**

- La transdisciplinariedad se concibe como un conocimiento emergente que permite cruzar los linderos de diferentes áreas del conocimiento disciplinar y crear imágenes de la realidad más completas e integradas. Borrar las fronteras que se establecen entre campos disciplinares no significa dejar atrás las singularidades de cada campo, más bien se propone transversalidad en las aproximaciones, comprensiones, visiones y acciones.
- Permite que el sentido de las acciones responda de manera situada a las complejidades de las historias de vida, donde el consumo problemático y el maternaje se inscriben.
- Los principales enfoques y visiones que guían las intervenciones de manera transversal (género, derechos humanos, redes y comunitarios), constituyen una base transdisciplinar donde se entrelazan otros enfoques, modelos y prácticas propios de cada disciplina.

## **Enfoques y estrategias transversales para mejorar la adherencia**

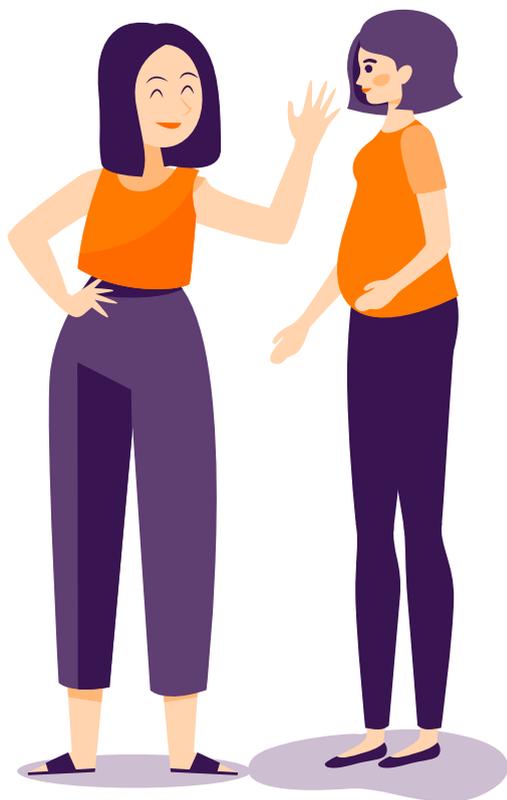
- Los enfoques transversales que orientan las estrategias que se despliegan son el enfoque de derechos humanos y el de género.
- Entre las estrategias que favorecen la adherencia, destacamos el acompañamiento en espacios de la vida cotidiana, apoyos al maternaje y crianza, gestión de red, y

---

<sup>4</sup> Los resultados sobre la dimensión de transdisciplinariedad fueron dialogados con los planteamientos conceptuales de Libreiro (2012). Para consultar en extenso puede consultar en: Libreiro Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 622-628.

una vinculación respetuosa hacia la autonomía y el buen vivir de las usuarias y sus familias.

- El equipo de trabajo asume su rol como garante de derechos.
- La capacidad del equipo de reflexionar acerca los enfoques y compartir de manera transversal los modelos y estrategias permiten mejorar la adherencia.
- Las estrategias están definidas desde el enfoque de derechos humanos y de género de acuerdo a momentos claves: ingreso, durante el proceso, al alta y al seguimiento postalta.
- La principales estrategias resignifican el daño con que llegan las usuarias al tratamiento.
- Se desarrollan estrategias educativas hacia las usuarias y sus familias para favorecer diversas experiencias de aprendizaje de nuevas formas de relacionarse, de acceder a derechos, de ser autónomas, etc.
- Muchas de las estrategias se despliegan en las comunidades y territorios concretos de las usuarias permitiendo densificar la red de apoyo primaria.





## 2. Enfoques que guían la acción: conceptos claves

Una de las características de este manual es dar énfasis a la experiencia desarrollada por el Programa Ambulatorio Intensivo de tratamiento del consumo de drogas y/o alcohol de mujeres en embarazo y maternaje del CRS del Hospital El Pino, de la comuna de San Bernardo, el cual ha ido desarrollando un modelo de trabajo que ha favorecido de manera importante los procesos de participación y adherencia a tratamiento y, por sobre todo, ha propiciado diversos procesos de acompañamiento que apuntan hacia la reconstrucción de los proyectos de vida de las mujeres que asisten al programa. A partir de su experiencia, el equipo ha ido incorporando distintos enfoques teóricos que permiten iluminar diferentes recodos que están implicados en los itinerarios biográficos de las participantes, especialmente en sus historias de consumo, maternaje y crianza, tres dimensiones que confluyen y que exigen una mirada amplia, compleja, transdisciplinaria e integradora.

A continuación presentaremos brevemente los conceptos claves del modelo de trabajo desarrollado por el equipo, considerando en primer lugar, una aproximación a la noción de consumo problemático de drogas y alcohol, en mujeres en embarazo y maternaje desde la perspectiva del enfoque de reducción de daño; y posteriormente, señalaremos los principios claves que guían las acciones desde los enfoques transversales de derechos, género y redes.

Con respecto al enfoque de reducción de daño, cabe destacar que en el informe de la OEA (2012) “Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025” se señala que en el actual escenario mundial es fundamental orientar la reducción de daños para proteger la salud, los derechos humanos, la dignidad y el bienestar en el marco de una sociedad en que existe un mercado global asociado a las drogas.

En este sentido, el enfoque de reducción de daños “acepta y respeta que personas consumidoras de sustancias psicoactivas no pueden o no quieren dejar de consumir en determinados momentos” (IAFA, 2017, p.29), considerando las condiciones materiales, circunstancias históricas y las singularidades y autonomía de cada persona (Rowlands, Miranda & Arcila, 2018).

En el caso de las mujeres en embarazo, no obstante, es fundamental considerar varios asuntos claves, siempre en el marco de un proceso de reconocimiento de su autonomía, el respeto a sus derechos humanos y el de quienes están vinculados de manera directa, especialmente si se encuentra en riesgo el bienestar del bebé en gestación.

### **Propuestas para la reducción de daños**

(WHRIN, 2021; Equipo PAI-M, 2020<sup>1</sup>; IAFA, 2017; Pascale, 2015)

- Centrarse en la persona y su historicidad.
- Acompañar proyectos de vida considerando el itinerario biográfico, la condición de clase, generación, apoyo social,

---

1 Entrevistas a los equipos del PAI-M y PAIA del Hospital El Pino en el contexto de la investigación “Modelo de intervención con enfoque de género: programa ambulatorio intensivo para mujeres en embarazo y post parto”, realizada por el equipo PAI-M del Hospital El Pino y la carrera de Terapia Ocupacional USACH.

etapa del embarazo, entre otras, las cuales pueden actuar como condiciones de riesgo o protección. No reducir el proceso terapéutico al consumo de drogas.

- Tener presente que no existe consumo seguro durante el embarazo.
- Detección y vinculación precoz y oportuna dado que las usuarias establecen contacto con el sistema de atención en forma tardía y ambivalente.
- Centrarse en los riesgos y daños específicos, esto quiere decir que la reducción de daños apunta a identificar las causas específicas para poder abordarlas desde el inicio del proceso.
- Evaluar constantemente el patrón de consumo, su diversificación y los cambios que se van experimentando en el proceso.
- El proceso debe ser gradual con el objetivo de lograr la suspensión de la sustancia más riesgosa en primer lugar o aquella que le genera mayores dificultades. Es muy común que las usuarias ingresen con policonsumo, por lo tanto es difícil retirar todas las sustancias de una sola vez.
- Recurrir a la hospitalización es a veces necesario para conseguir la abstinencia y estabilización, especialmente, cuando nos encontramos con usuarias que cursan con intoxicaciones importantes, y efectivamente no pueden detener su consumo cuando su vida corre riesgo, la del bebé o las de terceros que se encuentran vinculados directamente.
- Ejercer el derecho por parte de las usuarias de permanecer en tratamiento a pesar de no lograr la abstinencia, de manera de buscar mejorar su perfil de riesgos y calidad de vida a pesar del consumo activo.

Con respecto al enfoque de género, es fundamental reconocer las diferencias que han existido históricamente y que influyen directamente en las posibilidades de construir proyectos de vida dignos para las mujeres y disidencias.

### **Propuestas desde el enfoque de género**

(Diez, Pawlowicz, Vissicchio, Amendolaro, Barla, Muñiz, Arrúa, 2020; Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 2007; Romero & Medina-Moreno, 1996).

- Reconocer las diferencias de género en los modos de consumo dado que en el consumo problemático de mujeres en contexto de vulnerabilidad, se observan condiciones que complejizan su situación.
- Estar alerta a los estereotipos culturales y sociales definidos como expectativas aceptables o normales en relación a la feminidad y la consecuente recriminación y castigo social hacia las mujeres que consumen drogas y/o alcohol, especialmente, cuando son madres.
- Garantizar los derechos sexuales y reproductivos, ya que son un pilar fundamental de los procesos de atención.
- Hacer una lectura crítica de la realidad concreta de las mujeres, considerando el maternaje como una experiencia situada e historizada.
- Comprender que el espacio cotidiano-privado, se ve afectado cuando la mujer presenta un consumo problemático impactando en las labores domésticas, el cuidado de hijas/es/os, afectando su confiabilidad e imagen social, primando en ellas, sentimientos de vergüenza y culpa.
- Identificar las situaciones de violencia que viven las mujeres en sus familias pues existen situaciones de

abuso y abandono, producto de historias familiares, que han venido reproduciendo el daño transgeneracional y la precariedad de sus vidas.

- Articular las redes de apoyo presentes y ausentes con que cuentan las mujeres para enfrentar su embarazo y la crianza dado que muchas veces los sistemas de protección social desconfían de sus capacidades para asumir el cuidado de sus hijas/es/os.
- Acompañar a mujeres que no pueden ejercer su maternidad porque no existen las condiciones para ello, en espera a que existan las condiciones familiares y existenciales que permitan ejercer su derecho a la maternidad.

Con respecto al enfoque de derechos, es fundamental el reconocimiento de las mujeres como titulares de derecho considerando la vulneración de un sistema colonial-patriarcal (Díaz, Palomino, Quintana, Palacios & Aracena, 2021) que atraviesa sus historias de vida. Esto implica algunos puntos claves:

### **Propuestas desde el enfoque de derechos**

(Díaz, Palomino, Quintana, Palacios & Aracena, 2021; Artigas, 2005; Guajardo & Galheigo, 2015; Lopes et al., 2014).

- Problematizar la violencia estructural<sup>2</sup> contra las mujeres como un asunto transversal que afecta sus condiciones concretas de existencia y el acceso a derechos y la concreción de sus proyectos de vida.

---

2 La violencia estructural considera la violencia más allá del daño físico o directo y vislumbra “[...] la existencia de una estratificación social que da origen a una forma de reparto desfavorable para las mujeres [...]” (Follegati et al., 2019, p. 21).

- Reconocer las vulneraciones de derecho, sus condicionantes socio-demográficas, socioculturales y sanitarias y la singularidad de la experiencia de cada una de las mujeres.
- El Estado y la red pública intersectorial deben asumir el resguardo de los derechos y el respeto de la autonomía de las mujeres, orientados por principios específicos, como la dignidad humana, igualdad y no discriminación.
- Brindar espacios de acompañamiento respetando y permitiendo el ejercicio efectivo de sus derechos, siendo fundamental que los equipos no criminalicen ni culpabilicen.
- Responder con la debida diligencia, es decir, los procesos deben realizarse dentro de un tiempo razonable y evaluar permanentemente el impacto singular con cada una de las mujeres.
- Incorporar en todo momento el interés superior de la niña/ e/o, principio que debe ser analizado con especial cuidado ante la colisión de derechos vinculados a los procesos de maternaje.

Con respecto al enfoque de redes es importante entender que se trata de una red de conversaciones, un sistema de vínculos entre nodos orientados hacia el intercambio de apoyo social (Gilligan, 2013, Martínez, 2006; Martínez, San Juan, 2009; equipo PAI-M, 2020).

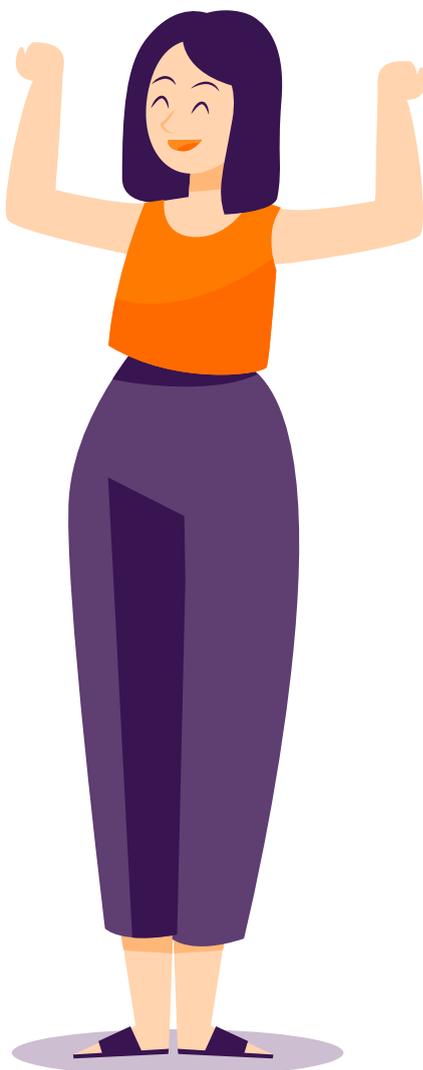
## Propuestas desde el enfoque de redes

- Considerar los diferentes tipos de redes que poseen las mujeres, aún cuando, en su mayoría son escasas o nulas.
- Evaluar la calidad de la red y el soporte efectivo que brindan para que las mujeres puedan ejercer el derecho a la maternidad.
- Tener presente que la activación y articulación de las redes son procesos de mediano y largo plazo especialmente cuando existe un daño transgeneracional que genera una frágil red de apoyo.
- Considerar que el equipo es un punto de apoyo de la red que cumple el papel de articulación con las redes familiares, territoriales y equipos.
- Asegurar la continuidad de cuidados a través de una gestión de redes focales y abiertas, constante, con roles y objetivos claros, en beneficio de los procesos singulares de cada usuaria.
- Mantener diálogos abiertos, fluidos y transparentes con las mujeres, las familias y las distintas redes de salud y protección social, resguardando siempre la autodeterminación de las usuarias.
- Implementar sistemas de información de los procesos realizados en cada dispositivo de la red y de los acompañamientos singulares.
- Pensar-actuar en red por parte de los equipos, favoreciendo una perspectiva transdisciplinar, que entiende el papel de cada integrante del equipo y de cada programa como acciones interconectadas que dan continuidad a los apoyos que se requieren.
- Sustener las prácticas en red desde una ética del cuidado que implica prestar atención, escuchar, estar presente,

responder con integridad y respeto para las mujeres y sus redes próximas.

- Entender la práctica en red como un circuito que se inicia con el reconocimiento de un derecho a una atención digna, la toma de conciencia de la importancia que este derecho sea satisfecho y el monitoreo permanente de los resultados considerando la perspectiva de las mujeres, sus redes próximas y los propios equipos.
- Asegurar que las mujeres conozcan cómo funcionan las redes, cómo operan los programas, cuáles son los mecanismos de exigibilidad cuando no se garantiza el derecho correspondiente y gradualmente poder transitar del modo más autónomo posible.

Los distintos enfoques presentados confluyen, se articulan e integran en las acciones y estrategias transversales que desarrolla el equipo, las que se presentan a continuación.



### 3. Acciones y estrategias transversales y centrales que guían la práctica

En este apartado proponemos acciones y estrategias que devienen de los enfoques y favorecen la adherencia, siendo transversales y centrales en las prácticas interventivas que despliega el equipo PAI-M del Hospital El Pino.

- Las estrategias usadas deben ser flexibles, los equipos deben adaptarse a distintas situaciones que emergen en las actividades en terrenos, como la intervención domiciliaria, atendiendo situaciones, necesidades y demandas que surgen y que pueden obstaculizar el proceso interventivo. La flexibilidad es necesaria para realizar un acompañamiento psicosocial en un domicilio o en un espacio distinto al tradicional; es un desafío que contribuye a la adherencia, entender que es la usuaria la que nos va a marcar los ritmos y momentos de la intervención.
- Es clave la voluntariedad de las usuarias para participar del proceso, aunque vengan derivadas de otras instituciones, siempre hay que asegurar que estén de manera voluntaria.
- Se destaca el apoyo constante del equipo para asegurar la continuidad de los cuidados a través de acciones simples como llamadas para recordar las horas de atención o avisar cuando una hora se suspende. Para las usuarias una simple llamada puede ayudar a sentirse mejor.

- Es relevante también en el decir de las usuarias el sentirse bien, acompañadas, sentir que se les respeta en sus procesos y que existe una preocupación genuina.
- Otro aspecto central es la comprensión situada acerca de las historias de las mujeres, entender que si ellas tienen dificultades para cuidar a otros es porque no fueron bien cuidadas, por tanto, hay que partir de esa base, generar condiciones para que ellas se cuiden a sí mismas y a sus hijas/es/os. Desde ahí es importante tener una escucha respetuosa para entender la vulneración histórica que ellas han experimentado y que impacta durante el embarazo y la crianza. Desde ahí es importante tener una escucha respetuosa para entender la vulneración histórica que ellas han experimentado y que impacta durante el embarazo y la crianza. La escucha respetuosa también permite entender las maneras en que ellas mismas comprenden su situación, incorporando estrategias que resignifiquen y reparen el daño, como es el respeto por las usuarias y la visión de ellas como expertas.
- Las acciones territoriales, en su contexto cultural-social, trabajo y activación de redes de la red familiar y barrial son claves para potenciar los apoyos y los procesos de interdependencia. Implica recorrer y conocer ese espacio y las casas donde habitan las mujeres, sus modos de vida y cotidianidad.
- Lo situado permite generar acciones oportunas desde los enfoques de derecho y de género, especialmente en mujeres que son víctimas de violencia de género. Es importante contar con un protocolo que defina cómo activar la red y acompañar a realizar las denuncias.
- Es importante el acompañamiento estableciendo un vínculo sin juicio moral, cercano, tolerante, respetuoso, con

trato amoroso, que genere confianza y que promueva la autonomía, usando estrategias simples como el humor y una comunicación directa y clara.

- Relacionado a lo anterior es importante el rol de mediación entre las usuarias y otros espacios de atención de la red de salud, y de la red judicial, para que tanto la usuaria como las y los profesionales puedan comprender el lugar de la otra persona.
- Es necesario generar acciones de reparación del proceso judicial, donde se aborda la obligatoriedad del cumplimiento de los dictámenes de la justicia, se trabaja con la usuaria en los procesos reparatorios que emergen como consecuencia de su conducta. Se realiza en una relación de respeto y apoyo, comprendiendo la situación y construyendo alternativas de abordaje.
- La acción educativa permanente es otra clave de la intervención, en esta es relevante visibilizar los factores protectores para que las usuarias también puedan hacer uso de ellos. Además es necesario muchas veces incorporar a las parejas y/o familia, especialmente para articular cuidados mutuos.
- Dentro de los aspectos más mencionados por las usuarias es la posibilidad de aprender aspectos cotidianos de la crianza y actividades alternativas al consumo de drogas.
- En aspectos de su sexualidad es necesario el ejercicio del derecho de una vida sexual libre, lo que conlleva a favorecer el uso de métodos de regulación de la fecundidad para la prevención de posibles embarazos.
- Para el ejercicio de una vida sexual libre deben ofrecerse las condiciones para prevenir, realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de las ITS.

- Otra clave son las formas distintas de acompañamiento cuando se trata de una mujer adulta o una mujer joven adolescente, pues implica acompañar en sus procesos y etapas de vida y en las diferencias de los dispositivos de atención, especialmente cuando están en maternaje y el equipo valida las diversas maneras de ser madre.
- Las estrategias señaladas tienen un carácter inter y transdisciplinario, donde todas/os las/os profesionales se disponen para coordinar las acciones transversales. De esta manera las usuarias perciben un equipo cohesionado que les permite confiar en el programa.

Las acciones y estrategias con enfoque de género están guiadas por comprensiones del problema que las guían. En esta comprensión es necesario visibilizar las inequidades, desigualdades, daño y desprotección de las mujeres que participan de estos programas. Existe en ellas mucha desesperanza, con un aprendizaje familiar de desamparo, que tiene que ver con sus historias inter y transgeneracionales. Han sido muy castigadas por ser mujeres, madres y consumidoras de drogas y/o alcohol, no solamente a nivel familiar, sino que por la misma red de salud y también en los espacios educativos, por lo mismo, es importante desde el inicio un trato digno y amoroso, preguntar de manera sensible y cuidadosa, no dar por hecho, suponer o prejuiciar, además, para ellas puede que estar embarazada sea producto de una situación dolorosa.

También es necesario comprender por parte de los equipos de salud que la atención a las mujeres es un derecho, muchas veces ellas mismas no conocen sus derechos y creen que las atenciones son una ayuda. En este sentido los equipos son garantes en todos los momentos

de la intervención, se les debe informar cada paso y cada decisión. Implica realizar el consentimiento informado, por lo que la usuaria puede decir si no quiere continuar y será respetado; realizar el contrato terapéutico; explicar los pasos a seguir asegurando su comprensión y voluntariedad de participar.

El trabajo debe ser situado e historizado, comprender y respetar las condiciones materiales en que viven, sus recursos y la red comunitaria con la que cuentan, eso implica dignificar la opción de vida que han tomado y que también tiene que ver con su historia familiar. Por otro lado, el análisis interseccional permite dar cuenta de las características singulares en que cada mujer se sitúa y poder acompañar estas situaciones sin estigmatizar, ni juzgar.

Entre los soportes y recursos familiares se encuentran las mujeres (abuelas, madres, tías) que han acogido y criado siempre a las/os niñas/os de la familia, se preocupan del colegio, del consultorio. Esta cultura familiar a veces desplaza el ejercicio materno de la joven con problemáticas de consumo y que legalmente le dijeron que no puede ser madre. Para restituir la posibilidad del vínculo materno es necesario mediar para que ella ejerza su maternaje y en ese proceso de aprendizaje debe ser acompañada.

El ser mujer consumidora es muy distinto a un hombre, al rol masculino que se tiene desde la calle, desde el consumo en el cómo un hombre se habita en lo social, en lo colectivo, es muy diferente a como lo habita la mujer, debido al castigo social, la mayoría de las mujeres atendidas han sido víctimas de violencia y abuso.

## Relatos de experiencias

A: Bien, por eso te gustaba ir. Te gustaba ir porque te trataban bien, te enseñaban.

N: Me enseñaban a hacer pulseras, collares, me enseñaban cómo se cuidaba la guagua, como se bañaba, lo malo es que esta guagua no se puede bañar porque grita como loco (risas).

A: ¿Y qué hizo que te quedaras en el tratamiento? ¿Todo esto que tú me mencionas o hay alguna otra cosita?

N: No, el aprender más que todo.

A: Para que ya no siguieras en la droga.

N: Para no seguir en la droga y esas cosas.

(Entrevista a usuaria 1)

N: Sí, me hacía sentir bien

A: ¿Qué cosas te hacían sentir bien?

N: Porque a veces yo despertaba y despertaba media bajoneada y tenía que ir de repente para allá.

A: Siempre la estaban llamando para saber cómo estaba, cómo estaba el niño, esas cosas. Y eso la hacía sentir bien a ella. ¿Llamando por teléfono, N?

A: Sí, como que estaban preocupadas. Ella se sentía apoyada con eso.

(Entrevista usuaria 2)

“Sí po, el espacio mismo en el container, algo que también yo lo agradecía mucho porque soy muy olvidadiza y yo no veo los papeles, de que te llamaban un día antes y eso es muy importante porque hay gente que a veces se le olvida, y por olvidarse pierde una hora importante porque no sé,

porque tienen miles de cosas en la cabeza y no se les olvida la cosa del papel o hay muchos papeles, pero es algo muy importante y algo que es destacable en el programa que te llamen que te recuerden de que mañana tenía una hora o también me llamaban cuando me cambiaban las horas, es bueno eso”.

(Entrevista usuaria 3)

“(…) por el apoyo, por el apoyo porque a veces nos sentimos solas, no tenemos con quien hablar porque creemos que nos van a juzgar siempre y el apoyo que ella brinda y el escuchar nos brinda mucho apoyo en eso y como que lo necesitamos a veces uno no tiene lo que una persona escuche todos sus problemas de uno, me entiende, eso yo creo que eso”.

(Entrevista usuaria 4)

“Creo que mantener conversaciones terapéuticas desde el derecho, desde el género y también siempre pensando que ella es experta, de alguna manera es parte del equipo y es quien nos va entregando ciertos lineamientos por la experiencia que ha tenido”.

(Entrevista equipo)

“Como es importante tener esta experiencia de lo situado, sabemos que si las usuarias nos escriben, si nos llaman explicándonos que hay una situación de violencia es porque requieren que nosotras activemos inmediatamente la red, tenemos una especie ya de protocolo conversado con el equipo de qué hacer, cómo acompañar una denuncia por ejemplo, qué se hace a nivel de hospital, etc., pero cuando

las redes proteccionales no están funcionando y nosotros en el equipo nos repensamos siempre las prácticas desde el derecho y del género”.

(Entrevista equipo)

“El funcionamiento del equipo igual es un funcionamiento súper flexible entonces eso da igual cabida a generar intervenciones que sean favorables a la usuaria y siempre van a depender particularmente de las necesidades que tengan, ya... En lo más concreto ocurre que hay usuarias que tienen dificultades para poder trasladarse, entonces les acomoda más una visita domiciliaria y tratamos de enfocar las intervenciones, que sean más favorable a ellas para que el acceso también sea más expedito (...) Cuando la intervención domiciliaria no les favorece mucho porque viven en un lugar con muchas personas, en un ambiente o en una dinámica familiar muy violenta que no les favorece, entonces desde ahí igual las estrategias, en lo más concreto de la intervención van a depender de partida de las necesidades de la demanda del usuario”.

(Entrevista equipo)

“También entendiendo que no es como llegar y judicializarlo todo porque no queremos perder a esa persona, a veces cuando uno judicializa mucho a las personas se van; si no que como que se acompaña de manera amorosa ese trabajo, pero también entendiendo estas inequidades; o sea no es lo mismo ser hombre y consumir, que ser mujer y consumir, y tener hijos; o ser mujer joven y consumir, y tener hijos,

porque eso es muy juzgado como desde lo social, ¿sí?, o sea es muy difícil eso”.

(Entrevista equipo)

“Cuando ingresan, ingresan embarazadas que ahora generalmente es así, nos pasa que el motivo de consulta de la chica no existe, vienen, pero no saben cuál es su motivo, sino que son judicializadas, les dijeron o se sienten un poco obligadas a llegar, entonces nosotros tampoco nos transformamos en una red que sea mayormente significativa, si no que vamos construyendo, tejiendo ahí, como decir “mira estamos acá”, “nosotras no somos el Sename, no somos Chile Crece ni el consultorio” y reconocer su historia, “sabemos que no lo has pasado bien”, “sabemos que te ha fallado tu familia”.

(Entrevista equipo)

“(…) Desde mi forma de trabajar con ellas para mantener un poco la adherencia yo utilizo mucho el humor, nos reímos juntas, permito que me tiren la talla y yo les tiro la talla”.

(Entrevista equipo)

“Es justamente poder tener una buena comunicación con ellas y esto lo pongo quizás como una tensión que se da entre equipos, porque son cosas que estamos constantemente conversando o tratando de explicarles también a los otros equipos, que son mujeres muy distintas, son mujeres que no han vivido... no hemos vivido todos lo mismo y que muchas

veces por el no acceso ellas no comprenden las instrucciones que se les da”.

(Entrevista equipo)

“(…) el tema fundamental es la mediación. Yo estoy haciendo mediación en cada consulta familiar y territorial. Mediando entre, por ejemplo, no sé po’ tiene que ir a la matrona del Cesfam, explicándole el trabajo que va a hacer la matrona, explicándole la sobrecarga de trabajo que tiene la matrona, y la necesidad de que la usuaria también acceda en las mejores condiciones frente a este profesional que ya está sobrepasado también. Y esa es la forma de mediación para que la llegada sea más sensible digamos, más sensible y liviana”.

(Entrevista equipo)

“Yo creo que lo de la voluntariedad es una cosa central y también este quiebre con las lógicas punitivas que existen en los otros dispositivos de salud, sobre todo en el consultorio, por ejemplo, o en maternidad en el hospital. Creo que es algo de lo que hemos hablado en las otras entrevistas sobre las historias de violencias que tienen estas usuarias, entonces yo creo que ese primer momento esa primera acogida es clave”.

(Entrevista equipo)

“Este equipo es de excelencia y puedes tener toda la confianza con ellos; y me he dado cuenta, por la de vuelta digamos, de que ellas cuando han ido adonde mis compañeros, también han recibido el mismo soporte, donde

el equipo en general se vincula con la usuaria haciendo referencia al resto del equipo de la mejor manera, entonces se va sintiendo que va cayendo en una almohada, que pueda descansar un poco, que pueda aliviar su pesar y esa amabilidad, digamos, creo que es parte de la esencia del programa y que asegura también un buen futuro dentro del programa de tratamiento”.

(Entrevista equipo)

“(…) bueno, acompaña al joven finalmente, acompaña en sus procesos, por ejemplo, cómo postular a la PSU, hacer un taller, buscar sus recursos, entonces igual creo que es un proceso más intenso a propósito y ahí uno tiene que ver con la población, con el N que tenemos, como que uno dice el N es súper distinto en un servicio de salud que quizás en un programa más específico, entonces eso también te permite articular otras dinámicas de intervención y ahí te permite hacer otro tipos de intervenciones tanto como acompañamiento de los sujetos o acompañamiento de las familias”.

(Entrevista equipo)

“(…) no existe una forma de ser madre, creo que eso es súper importante para poder acompañar el maternaje en forma situada y entender que tampoco es sólo madre, sino que también habían otros proyectos antes de quedar embarazada y que quizás hay cosas que se quieren retomar, que hay formas de organizar el tema de las sala cunas, que parece que lo mencionó la Tama, como que hay otras cosas que se pueden ir haciendo y habilitar también ese proyecto de vida

que quizás quedó pausado, quizás si no era un embarazo planificado quedaron cosas ahí a la espera”.

(Entrevista equipo)

“Ahí igual se evalúa y, yo por lo menos, le explico que es super importante trabajar entrelazados, poder coordinarnos con esas redes para poder tener una visión unificada y también para ir estableciendo lineamientos de intervenciones y no topándonos, y que no sea esto iatrogénico para la usuaria”.

(Entrevista equipo)

“Es un proceso en que se está reeducando, de que hay cosas que reaprender o reobservar, que hay cosas que también la persona independiente de que tenga un tema adictivo, tiene otros tipos de factores que son protectores y eso también es algo que hay que elevarlo. Incluso cuando las chicas, porque hemos tenido pacientes mujeres, adolescentes, embarazadas con ITS, los cuestionamientos son hacia ellas y no hacia las parejas y cuando hemos hecho el trabajo de psicoeducar con respecto a las ITS las parejas no quieren asistir a los tratamientos, entonces hemos tenido que articular un montón de actividades para poder trasladar este tratamiento no solo para la joven embarazada, sino también para esta pareja”.

(Entrevista equipo)

“También si había una buena comunicación y entendía y ni siquiera no me juzgaban nada de esta no quiso venir porque yo decía la verdad y me comprendían”.

(Entrevista usuaria)

“Encuentro que está súper bien cómo se está haciendo, lo de las visitas domiciliarias, que no se si lo están haciendo por el tema del COVID, que eso igual lo encuentro súper bueno para que vieran de qué forma vivía, cómo vivía yo, cómo vivía con mi hija, qué cosas tenía, no sé, son cosas simples pero te hacen tener un concepto diferente de la persona. Yo era drogadicta, pero no me faltaba para comer, una tele, una cama, por lo que es bueno igual. No sé si sacarle o sumarle cosas, encuentro que está en el punto perfecto el PAI”.

(Entrevista usuaria)



# 4. Momentos de la intervención

## 4.1. Al ingreso

Para el ingreso se realiza la derivación al programa desde distintos dispositivos, esta es una acción rápida, donde se recepciona la interconsulta de las usuarias y se le entrega una hora de ingreso con la trabajadora social para generar la entrevista de ingreso. El equipo toma contacto telefónico con la usuaria para recordarle asistir a su hora de ingreso. Se le informa hora, fecha, nombre del profesional y se orienta para llegar geográficamente a PAI-M. En las situaciones de mayor riesgo, se solicita asistir acompañada por un familiar o persona de mayor vínculo que apoye su proceso de tratamiento. Esta fase de derivación es rápida, no supera las dos semanas, se recepciona la interconsulta y se le entrega hora de ingreso.

El ingreso es un momento crítico para generar la disposición de las mujeres al proceso interventivo, es cuando se presenta al equipo de trabajo, los modos y momentos de la intervención y se posibilita conocer a la usuaria para orientar su plan de trabajo individual (PTI), se realiza a través de la entrevista de ingreso, que dura alrededor de una hora y que se realiza al inicio del proceso interventivo, estableciendo los modos en que se realizará la vinculación, mostrando un trato digno, y consultando por la motivación personal de las usuarias. Es en ese momento que se agendan otras citas de atención con el resto de los profesionales

del equipo, entrando a un periodo de primera vinculación y evaluación transdisciplinaria que dura alrededor de un mes. En ese mes, es recepcionada por la trabajadora social, la psiquiatra, la terapeuta ocupacional, el psicólogo, el técnico en rehabilitación y la secretaria, en sus formatos de intervención tales como consulta en box, visita domiciliaria y grupos en caso de ser necesario para su proceso.

Es importante indicar que es en este primer contacto en donde se completan datos generales solicitados desde el Senda, proceso administrativo que generalmente es realizado por la trabajadora social. Posterior a esto, desde cada profesional y técnico se realiza una entrevista de ingreso, para identificar objetivos de trabajo, los que luego en reunión de equipo son socializados, construyendo lineamientos comunes en cuanto a abordaje.

- La entrevista de ingreso es fundamental ya que es el primer contacto que tienen las usuarias con cada persona del equipo, en esta presentación se incorporan a la vida de ellas y a su vez ellas conocen a esta/e profesional.
- La entrevista de ingreso es el primer espacio individual, personalizado y protegido para vincular al equipo con la usuaria, desde un enfoque de género, derechos y reparación del daño histórico.
- La entrevista contiene preguntas que son formales para el ingreso al programa, como por ejemplo el número de embarazos, con esta información podemos saber si es una mujer múltipara o primeriza. Aparece el tema del método anticonceptivo, abriendo la posibilidad de articular la gestión de ese método.
- Muchas de las mujeres cuando ingresan llegan muy dañadas por una red familiar fracturada o debilitada,

con un aprendizaje y trayectoria de daño, fracturas y desesperanza.

- Hay que considerar que probablemente llegan angustiadas, con múltiples dificultades, dudas y miedos a partir de experiencias institucionales y familiares, punitivas de maltrato y violencia. Por lo que el ingreso debe ser un espacio amable, de acogida con énfasis en la voluntariedad.
- Los procesos de judicialización deben ser abordados con particular atención, especialmente cuando le dicen que no está en condiciones de hacerse cargo de su hija/e/o.
- Por todo lo anterior es muy importante que, al inicio, en la entrevista sean miradas y escuchadas atentamente, solo eso, junto con la contención y la proyección a un cambio, puede tener claro el proyecto de trabajo. Este proceso de ingreso debe ser consistente cuando inician el tratamiento con el resto del equipo.
- Desde el inicio de esta evaluación de ingreso, se le va informando qué significa el consentimiento informado, el contrato terapéutico, como será la relación del vínculo terapéutico y que es un tratamiento voluntario.

En síntesis, en este primer momento es necesario contener, sostener, escuchar, darse el tiempo de mirar, observar, atender y acoger esa necesidad y toda su demanda inicial, para posteriormente hacer una devolución, explicando lo que es el programa y que será atendida por un equipo. Se plantean las proyecciones del proceso interventivo individual, grupal, visitas domiciliarias, gestión de la red y trabajo en terreno.

## Relatos de experiencias

“Hay una entrevista de ingreso, es fundamental. O sea, el primer contacto que tienen las usuarias con cada uno de nosotros es fundamental, porque tiene que ver con que de qué manera nosotros nos incorporamos a la vida de ella, y ella al conocer a este profesional que se presenta, digamos, y establecer una buena relación, una relación sana, una amorosa relación como decía la T”.

(Entrevista equipo)

“Desde el inicio, desde esta evaluación de ingreso que se hace, se le va informando todo, qué significa el consentimiento informado, el contrato terapéutico, cómo se mueve el equipo, cómo va a ser la relación del vínculo terapéutico, que esto es voluntario, siempre lo recalcamos; que es un tratamiento voluntario. Entonces que ella puede contar con nosotros y decirnos incluso si no quiere continuar, pero que siempre nos comunique; y todo esto, entre el desconocimiento de los derechos, entre que no saben muy bien porqué llegan al equipo, porque a las personas en general, a las usuarias no se les explica siempre, porque se les fue derivadas a otro equipo”.

(Entrevista equipo)

“Llegan a nosotros muy angustiadas, muy complicadas, con múltiples dificultades y que en el primer momento del ingreso hay que contener, sostener, escuchar, darse el tiempo de mirar, observar y atender esa necesidad que está sutilmente incorporada en ellas y que hay que darse el tiempo (...) significa atender y acoger toda su demanda inicial

y posteriormente ir haciéndole una devolución y explicando lo que es el programa, luego incorporarnos al ingreso formal y posteriormente a eso iniciar las proyecciones de lo que va a ser el proceso”.

(Entrevista equipo)

“Se le explica al usuario qué es lo que va a pasar, de qué se trata, si está dispuesto, si quiere hacerlo, se explica que el proceso terapéutico, es ponerla dentro del equipo... Se le explican las intervenciones que se van a hacer, de forma individual, grupal, visitas domiciliarias, gestiones que se hacen de manera frecuente dentro de la red, trabajo en terreno, se explica que va a ser atendido por un equipo”.

(Entrevista equipo)

“(…) si viene recién embarazada, no sé, tercer mes de embarazo, se empieza a trabajar el método que ella va a tomar la decisión de optar, entonces se empieza a hacer el plan de tratamiento y se van viendo los lineamientos a seguir y que el resto de los profesionales también van trabajando, para que cuando ya llegue casi al final del embarazo ella tenga claro qué método va a requerir y nosotros lo articulamos”.

(Entrevista equipo)

“También aparece en el ingreso los hechos delictuales, por ejemplo, así como nosotros trabajamos una modalidad de reducción de daño, que no solamente va enfocada al tema de consumo, si no que a todo el daño que pueda recibir la persona en su espacio social, de qué manera le afecta a ella,

por ejemplo, si roba, es mechera, o si ha tenido acercamiento a esas instancias, cómo puede reducir esa actividad para el bien de ella, y para sentirse mejor”.

(Entrevista equipo)

“Las entrevistas de ingreso, como te decía, yo llevo hartoo tiempo haciendo el ingreso de mujeres, el ingreso es bastante largo y agotador, pero es necesario mirar a la persona, no todo se escribe, hay algunas cosas que se van anotando para poder llenar después, pero poder mirarla, contenerla. Porque muchas de las mujeres cuando ingresan, yo creo que también pasa en el equipo de adolescente, llegan muy destruidas por una red familiar, transgeneracionalmente destruida, con un entendimiento de que la vida es así de destrucción, que cuando se enfrentan a un profesional que los está mirando, que los está escuchando, que los está conteniendo y que más encima los está proyectando”.

(Entrevista equipo)

“Eso un poco, cómo se van redirigiendo las redes desde un inicio, cómo se va proyectado el plan de tratamiento. Yo el último periodo, digamos el último año más o menos, empecé a hacer un bosquejo del plan de tratamiento en la primera entrevista cosa de que ya el primer mes se hace el PTI, ya tener claro el lineamiento de futuro del proyecto de trabajo con la usuaria y después se van siguiendo esas mismas directrices”.

(Entrevista equipo)

“Eso por un lado, por otro, pensaban, a propósito de todo lo que hablaban, cuando ingresan, ingresan embarazadas que ahora generalmente es así, nos pasa que el motivo de consulta de la chica no existe, vienen, pero no saben cuál es su motivo, si no que son judicializadas, les dijeron o se sienten un poco obligadas a llegar, entonces nosotros tampoco nos transformamos en una red que sea mayormente significativa, si no que vamos construyendo, tejiendo ahí, como decir “mira estamos acá” “nosotras no somos el Sename, no somos Chile Crece ni el consultorio” y reconocer su historia, sabemos que no lo has pasado bien, sabemos que te ha fallado tu familia”.

(Entrevista equipo)

“En la entrevista de ingreso, es super tediosa porque son muchas preguntas y que son formales para el ingreso al programa, pero, por ejemplo, está el número de embarazos, dentro del número de embarazos uno inmediatamente se da cuenta de que es una multípara o es primeriza, ¿verdad?, y está el tema del método anticonceptivo. Entonces dentro de la primera entrevista aparece al tiro el tema de método anticonceptivo, y se articula la gestión de ese método anticonceptivo, para, por ejemplo, si viene recién embarazada, no sé, tercer mes de embarazo ya se empieza a trabajar el método que ella va a tomar la decisión de optar”.

(Entrevista equipo)

## Actividad reflexiva con preguntas generadoras

Invitamos a responder las siguientes preguntas desde una reflexión con su equipo de trabajo:

En su experiencia en el trabajo con mujeres con consumo de drogas y alcohol, ¿qué situaciones han tenido que enfrentar al ingreso del programa?

¿Cómo fue su abordaje para facilitar el ingreso en esas situaciones?

A propósito de lo leído, ¿qué elementos incorporaría para mejorar las acciones al ingreso?

### 4.2. Durante el proceso

Posterior al ingreso se inicia el proceso de tratamiento donde se despliegan las principales estrategias que sostienen la intervención, durante ocho meses sujeto a reevaluación que permiten generar el vínculo, la confianza y la adherencia, a través de estrategias claves.

Una de ellas es la práctica y articulación de las redes interinstitucionales e intrainstitucionales ya que en el caso particular del PAI-M existen redes que se articulan al interior del Hospital El Pino, como por ejemplo la articulación con el Centro de Atención de Riesgo Obstétrico Perinatal (CAROP), o la coordinación con el equipo de Chile Crece Contigo. Del mismo modo en relación a otro tipo de atenciones en salud, necesidades en el ámbito social, educativo, psicológico, se facilitan derivaciones e interconsultas hacia redes interinstitucionales, como por ejemplo: comunidad

terapéutica, Cosam, Cesfam, entre otras. Estas acciones en red favorecen que las mujeres puedan estar con su bebé en tareas de crianza o contar con los apoyos necesarios frente a las condiciones de riesgo en el parto.

La otra estrategia y acción clave es el acompañamiento permanente en todos los momentos críticos del proceso interventivo, esta acción se despliega también mientras se realiza la práctica de red especialmente en los primeros momentos de vinculación de las usuarias con otros dispositivos y programas. Los acompañamientos se enfocan muchas veces en restitución o en el ejercicio de derechos como los derechos sexuales y reproductivos, derechos maternos y el bien superior de la niña y el niño. También son claves los acompañamientos en los procedimientos de anticoncepción postparto inmediato (ATC) al proyecto de vida.

Por último, otra clave durante el proceso es el trabajo en equipo con carácter transdisciplinario, las acciones que se realizan de manera transdisciplinaria son: las visitas domiciliarias; la estimulación temprana de sus hijas/es/os, la realización de talleres de grupos de estimulación temprana, acompañamiento al proyecto de vida, al diseño y desarrollo del Plan de Tratamiento Individual (PTI)<sup>1</sup>, el contrato del informe del octavo mes<sup>2</sup>, mapeo territorial, proyecto de vida, trabajo en terreno, acompañamiento en salud general,

---

1 Herramienta de organización de objetivos terapéuticos en conjunto con equipo y usuaria. Se basa en objetivos a mediano plazo, contiene actividades específicas, considera índices de logro y es reevaluado cada tres meses en conjunto. El PTI se clasifica en áreas de salud mental, consumo, salud física, familia, redes, ocupación, maternaje y aspectos relacionados a transgresión a la norma.

2 Tiene el objetivo de informar a equipos asociados el avance terapéutico de la usuaria. Se aborda desde un enfoque de derechos y prolactancia. Contiene ítems sobre salud mental, maternaje, consumo y situación de abstinencia, logros obtenidos, seguimientos judiciales, asistencia a controles prenatales y acciones de cuidado. Se envía principalmente a departamentos de maternidad y al programa Chile Crece Contigo, con la finalidad de tener un esquema actualizado sobre la situación de salud de la usuaria.

intervenciones familiares, apoyo a la continuidad de cuidados, perfil de resultados de tratamiento (treatment outcomes profile -TOP), entre otras.

Junto con el carácter transdisciplinario del equipo, se favorecen también espacios específicos de desarrollo y aporte de cada profesión, técnicas y disciplinas: psicólogas/os, técnicas/os en rehabilitación, trabajadoras/es sociales, terapeutas ocupacionales, médicas/os, educadoras de párvulos.

## **La articulación de redes-acciones y características**

La articulación de redes es un elemento clave y transversal en el proceso interventivo, dado las interseccionalidades que cruzan las situaciones de las mujeres usuarias del programa.

- Una acción central por la situación de embarazo y maternaje es la red que se establece con el programa Chile Crece Contigo. El equipo del PAI-M envía un informe al octavo mes de embarazo que permite al equipo de Chile Crece situar su proceso de acompañamiento teniendo clara la situación de la mujer. A veces esto posibilita acompañar el momento de la preparación del parto, lo que genera vínculo y confianza para el proceso interventivo.
- En la misma línea se desarrolla la articulación con salas cunas, asumiendo que se establece esta red desde el derecho de las/los niñas/os a recibir cuidados y estimulación temprana, así como el derecho de la madre a realizar otras actividades aparte de la crianza.
- La práctica y gestión de red se realiza siempre desde el enfoque de género, muchas de las articulaciones de la red se hacen en pos de proyectos de vida que fortalecen

y potencian el desarrollo de las mujeres más allá de su rol materno.

- En este sentido articular redes para generar la posibilidad de completar estudios atendiendo sus particularidades, permite proyectos transformadores de sus vidas, retomando la escolaridad desde una comprensión de las situaciones por las cuales no pudieron terminar de estudiar.
- En esta misma línea el apoyo a gestiones como contar con el registro social de hogares para acceder a beneficios del Estado, entre ellos, apoyos económicos, subsidios, cursos y capacitaciones, que van apoyando sus proyecciones de vida y generan herramientas para su desarrollo personal y amplían su red personal.
- También es importante potenciar y apoyar a reconstruir las redes primarias y naturales de apoyo, eso pasa por motivar la revinculación a sus familias y amistades cercanas con relaciones positivas, a través de procesos reflexivos que ayuden a resignificar las relaciones dañadas o fracturadas. Desde un enfoque de género es importante potenciar que la mujer adulta o joven sea protagonista de sus propias decisiones, para ello hay que apoyar la generación de condiciones que permitan que su red cercana sea un soporte efectivo. Por esto es importante el trabajo en los territorios que habitan las mujeres para poder sostener las redes.
- Cuando las mujeres sufren de violencia intrafamiliar o violencia doméstica requieren acompañamiento situado para tomar decisiones, resolver, hacerse cargo de sí misma frente a su agresor o frente a las agresiones que están viviendo y generar con ellas la activación de las redes, por ejemplo, vincularse a la Oficina de la Mujer que corresponda. Para todas estas acciones se requiere un

protocolo para que cualquier persona del equipo pueda acudir y apoyar acciones claves.

- Es importante para el proceso que las mujeres sean protagonistas de la articulación de su propia red de apoyo, que tengan voz y también sientan la confianza para sugerir derivaciones o vinculaciones con alguna red dependiendo del momento de su proceso.

Desde la experiencia del PAI-M del Hospital El Pino, la red se articula junto con la usuaria acompañándola en el proceso para ir fortaleciendo sus conocimientos, participación y habilidades en la gestión de las redes. Al inicio debe ser asistida, ya que estas mujeres han sido vulneradas y maltratadas por las instituciones. Posteriormente, se promueve progresivamente su autonomía y protagonismo, a través del modelaje y la mediación para instalar tanto en las instituciones como en las usuarias que las gestiones de acceso e inclusión con diferentes redes, ya sean de salud, educación y otras, son un derecho y no un favor, para ello es necesario que las usuarias conozcan los mecanismos de exigibilidad de derechos.

Lo anterior se agudiza cuando se trata de mujeres jóvenes/adolescentes, siendo importante en la gestión de red relevar el derecho a una atención respetuosa y digna, situada en las particularidades de su momento de vida.

## Relatos de experiencias

“Si no cuenta con registro social de hogares, empezar inmediatamente a gestionar y articular la red para que ella obtenga el registro social de hogares (...) Entonces inmediatamente entra en una posibilidad de incorporarse a un curso de capacitación que sea muy cortito, para que le dé respuesta rápida de lo que sea la satisfacción personal, digamos, de poder lograr un término de estudio; y, por otro lado, la posibilidad clara de tener un beneficio económico. Y en ese sentido está la opción de participar de los cursos de Sence por medio de una OTEC, que yo en algún momento articulé y se han capacitado; ya llevan 4 años capacitándose. Las usuarias que han deseado entrar se han capacitado y ha sido una instancia bastante importante y potente para ellas, como desarrollo personal, y para poder mantener económicamente también a la familia”.

(Entrevista equipo)

“Entonces como este enfoque de género también ha venido cómo nosotros miramos esos proyectos vitales entendiendo eso ¿no? Entonces por eso no es solo la mujer que viene a atenderse y a generar ese espacio. Con las mujeres adolescentes al menos se hace toda esta gestión si ellas quieren seguir estudiando, gestionar una escuela adecuada para eso, o sea, quizás no puedan ir al mismo colegio. Hay un vínculo con la escuela hospitalaria en donde las adolescentes en embarazo, todas, estudian mientras están embarazadas en una jornada reducida, con un equipo que también entiende ese proceso: que no es lo mismo ser adulta y estar embarazada que ser una joven embarazada”.

(Entrevista equipo)

“Nuestras usuarias tienen la enseñanza básica incompleta, entonces una de las preguntas que aparecen ahí es ‘¿por qué no continuaste?’, ‘¿qué paso?’. Generalmente la respuesta es ‘porque me embaracé’ o ‘porque en realidad quería trabajar’, o ‘a mi familia no le importó y yo preferí quedarme en la casa’ Y ‘¿alguna vez ha tenido la oportunidad de estudiar algo que no sea el colegio, que no sea la formalidad?’, porque ya son adultas, ‘es que nunca me han dado la posibilidad’”.

(Entrevista equipo)

“Cuando empezamos todo el trabajo con las salas cunas, no solo porque este hijo tiene derecho a estar estimulado lo antes posible, ¿cierto?; sino porque también eso le permite tener a esta mujer, facilitar el acceso al trabajo o también tener tiempo libre, ¿cachai?, porque está a cargo de 7 hijos, no sé”.

(Entrevista equipo)

“Es importante tener esta experiencia de lo situado, sabemos que las usuarias si nos escriben, si nos llaman, explicándonos que hay una situación de violencia es porque requieren que nosotras activemos inmediatamente la red, tenemos una especie ya de protocolo conversado con el equipo sobre qué hacer, cómo acompañar una denuncia por ejemplo, qué se hace a nivel de hospital, etc.”.

(Entrevista equipo)

“O sea yo sugerí que necesitaba una internación porque me sentía mal, necesitaba salir del entorno del que me hacía consumir, porque estaba sumida en un hoyo que no veía

escapatoria y yo sentía que era la única escapatoria o forma de frenar un poco el consumo, entonces yo lo pedí, no fue que me obligaron ni nada, yo lo sugerí”.

(Entrevista usuaria)

“Al comienzo todo es muy asistido, lo que veces nos dicen en todos los espacios, ustedes son paternalistas, acompañan al adolescente a todo. Tenemos una chica ahora que quiere métodos anticonceptivos y, aunque tiene más de 18, siempre ha hecho todo con un adulto y ahora está trabajando su autonomía, nosotros la acompañamos al consultorio, entonces hacemos ese acompañamiento, que conozca esa red, buscamos un adulto o un funcionario para que se vincule con ella y después lo haga de manera autónoma”.

(Entrevista equipo)

“También uno entra en esa disyuntiva de decir ‘nosotros vamos a liderar esta articulación de la red’ y entonces nosotros cuando tenemos un ingreso, la segunda cosa que hacemos es convocar a los equipos. Esto por supuesto con la autorización del joven y su familia para convocar una reunión con los dispositivos y entender cuál es la historia de este joven o la joven en los dispositivos, saber por qué fue derivado, cómo ha sido ese proceso, cuántas veces ha estado internado”.

(Entrevista equipo)

“Yo empecé a buscar OTEC y tuve algunas entrevistas con OTEC viendo la posibilidad de instalar el trabajo, pensando yo en ese momento principalmente, pensando

una capacitación protegida, así como existe el trabajo protegido, una capacitación protegida; me contacté con la gente de El Bosque. Hay una institución de El Bosque que trabaja en rehabilitación física, tuve algunas entrevistas con psicólogos y la asistente social que dirigen el centro y me fui conduciendo por otra usuaria que también es de salud mental”.

(Entrevista equipo)

“Ella trabajaba el tema de uñas, de manicure, ella hizo un curso en Sence e hice unas consultas con ella con respecto a otra OTEC y me fui interiorizando en cómo se movía este tema, pero no existía hasta el momento alguna OTEC que nos diera la posibilidad de poder instalarlo dentro del hospital, que para mí en ese momento era fundamental, porque de esa manera nosotros podríamos tener a la usuaria todos los días cerca y poder observarla sin tenerla hospitalizada, observando su movimiento social y vincular. Y finalmente llegué a la OTEC Esperanza que dio la posibilidad de hacerlo dentro del hospital, se gestionó el tema de la Universidad Andrés Bello y la posibilidad de poder hacer ahí las certificaciones de ella”.

(Entrevista equipo)

“(…) que reflexionen desde el duelo, de la carencia resuelta o más procesada, comenzar a empoderarlos, a que imaginen cómo quisieran sus redes primarias de apoyo saliendo un poco”.

(Entrevista equipo)

## Los acompañamientos

El acompañamiento es una estrategia plural y diversa, en el sentido de que hay diferentes modos de acompañamientos dependiendo de la situación y las personas involucradas.

- Una acción de acompañamiento que se repite es la visita domiciliaria, donde, por ejemplo, se acompaña en las actividades cotidianas, a preparar los espacios para la crianza y otras acciones de cuidados.
- Para acompañar es central no tener prejuicios respecto a mujeres con consumo, embarazo y/o postparto, o bien trabajar sobre ellos desde el respeto a sus condiciones y experiencias de vida.
- Para generar los acompañamientos es importante establecer un vínculo comprometido e informado, de manera que el acceso a los procesos interventivos sean con el consentimiento de las usuarias.
- Un momento clave de acompañamiento es posterior al parto, muchas veces desde los programas e instituciones se decide que la hija/e/o quede al cuidado de otra persona de la familia. Mientras la madre se recupera, en esos procesos se acompaña en la restitución del rol de madre y de la confianza de las y los familiares para que permitan que se genere el vínculo de la diada madre/hija/e/o.
- Relacionado con lo anterior, es necesario fortalecer el vínculo de la vida de la madre con su hija/e/o, especialmente cuando es una madre joven. La posibilidad de tener un vínculo de maternaje fuerte es una condición o factor protector que posibilita la disminución de exposición a situaciones de riesgo de consumo y

cometer conductas delictivas, y/o de recibir violencias, especialmente en el ámbito sexual.

- Una acción de acompañamiento colectivo a este proceso del fortalecimiento del vínculo de la diada madre/hija/e/o es el grupo de estimulación temprana, donde también se conversan temas de cuidados de las sexualidades de las mujeres.
- Para desarrollar o recuperar el proyecto de vida es necesario acompañarlas en la reincorporación a la educación formal y apoyarlas a enfrentar los desafíos, exigencias, organización y también los prejuicios que pueden existir hacia ellas, generando acciones de coordinación, formación y colaboración con los equipos educativos para generar estrategias especialmente con mujeres jóvenes vulnerabilizadas.
- El acompañamiento al maternaje desde un enfoque de género, implica asumir un proceso colectivo de cuidados, acompañando a la mujer sin imponer el rol de única cuidadora de su hija/e/o aliviando esa presión social.
- Es importante acompañar a organizar en conjunto las demandas que implican estar con síndrome de abstinencia y al mismo tiempo cuidar de su bebé. La visita domiciliar que acompaña la cotidianidad genera confianza y apertura a abordar temas complejos con las usuarias.
- Un problema que se genera en los acompañamientos es la violencia que sufren las usuarias desde las instituciones que debieran ser garantes de derecho. Especialmente en el ámbito de salud y por su condición de embarazo con consumo de drogas y alcohol lo que genera prejuicios y actitudes de rechazo e incluso de castigo durante todas

las etapas de su tratamiento, por ejemplo, situaciones de violencia obstétrica.

- Otro problema que se presenta en los acompañamientos es las situaciones desde lo jurídico legal en la interposición de protección a hijas/es/os negando la posibilidad del ejercicio del derecho a la maternidad. Se debe acompañar la frustración compartida entre la mujer y el equipo frente a la determinación del juez de familia que deja sin posibilidades de cambio, sin comprender que durante el proceso las condiciones pueden modificarse a propósito de los acompañamientos de los equipos.

## **Relatos de experiencia**

“Como los otros equipos dicen ‘oye pero no sé cómo tú vas a ir y vas a acompañar a la adolescente al consultorio’, ¿cachai?, eso es paternalista y decir ‘oye hay un derecho, que es el derecho que esa adolescente pueda vivir su vida sexual como quiera’, pero no hay nadie que se haga cargo que tenga un método anticonceptivo, nunca ha ido a la matrona. Nosotras estamos dispuestas a hacer ese acompañamiento, no para hacerlo siempre, si no porque después la adolescente va a saber cómo se llama su matrona, a qué sector tiene que ir, cómo solicitar algunas cosas o a quién preguntarle en el consultorio. O sea es que tu llegai acá, si preguntai en este mesón, siempre te van a informar tal cosa súper y eso para otros equipos a veces es leído como un mirada asistencialista o paternalista”.

(Entrevista equipo)

“Porque en el ingreso nosotros lo decimos: ‘¿Podemos ir a visitarte a la casa? Nosotros vamos a los colegios, vamos acá, vamos allá. ¿Te parece?’. No es como estar tratando de pillar o acosar al otro o a la otra, no, pero sí entendemos que son mujeres que se mueven en esos territorios y que a veces estar en sus casas también es difícil. Y tienen familias complejas, no es digamos como que el problema en los usuarios, sean ellas en esa familia”.

(Entrevista equipo)

“Vinieron a ver el espacio para mi hija, como era la familia también fueron a las dos casas: a la mía y a la casa de Ignacio, que queda muy cerquita, el espacio donde tenerlo todo eso y bueno, me ayudaron cuando correspondía. Me ayudaron porque psicológicamente me ayudaron con el espacio de mi hija, me dijeron, por ejemplo, ‘tiene que ir a tal parte con la niña’ y me ayudaron a demostrar que yo no era una persona de peligro para mi hija”.

(Entrevista usuaria)

“¿En qué cosas te sirvió, N? Un ejemplo así súper concreto.

N: Que tengo un apoyo al lado mío. Ya, bacán, muchas gracias ¿Qué ha significado para ti recibir estos apoyos, N? Estos apoyos de tu mamá, del consultorio, del hospital. N: Bien.

¿Y en qué sentido bien?

N: En el sentido que ya no estoy igual que antes, en el sentido de consumir cosas, eso.

Ya, ¿en alguna otra cosa has visto que ha sido de ayuda para ti, aparte del consumo?

N: Sí.

¿En qué otra cosa?

N: En que he aprendido a ver cómo se cuida una guagua, aunque tenga mal genio y grite como loca (risas)”.

(Entrevista usuaria)

“La verdad nunca he tenido un prejuicio hacia el tema del consumo, para mí son mujeres, así como puede ser la mujer que me encontré en el paradero, la mujer que me encontré en la sala de estimulación de Conchalí. Para mí son mujeres, independiente si están consumiendo, independiente de sus problemáticas, entonces siempre he partido de esa base, y cómo yo a través de este ser mujer, de este sentir mujer que tienen ellas, cómo ellas vivencian esta maternidad, cuáles son sus conflictos iniciales y cómo lo voy trabajando desde esta construcción un poquito más cognitiva y ahí parto también con la construcción de los materiales que les voy entregando a las mamás. Y en el maternaje un poco acompañarlas, en el sentido de cómo vamos a estructurar la rutina, para que sea una rutina que te haga sentido a ti, pero también que le haga sentido a tu bebé”.

(Entrevista equipo)

¿A ti te han dicho para qué se pide ese apoyo o para qué te han explicado la acciones que se hacen?

N: Para apoyarnos mutuamente entre nosotras.

¿Y han tomado en cuenta tu opinión cuando tú quieres opinar de algo o dar un consejo?

N: Sí, siempre.

A: Sí, siempre.

(Entrevista usuaria)

“Y ahí yo creo que parte de la estrategia es trabajar el vínculo de esta diada de adolescente con su guaguüita, tenemos buenos resultados (...) disminuyen considerablemente las conductas delictuales, disminuye considerablemente la situación de exposición a situaciones de riesgo, como estar en la calle, disminuye el riesgo también de violencia en el ámbito sexual, disminuye el consumo. Entonces hay todo un eje y yo creo que parte de esa estrategia tiene que ver con trabajar el vínculo de esta adolescente con su guagua”.

(Entrevista equipo)

“Después del parto, por ejemplo, se decide que este bebé queda al cuidado de otra persona de la familia, por ejemplo, un hermano y después de eso se empieza a generar una suerte de disputa, como ha pasado con algunas usuarias, donde hay una mirada muy castigadora, por ejemplo, de la persona que quedó a cargo del bebé y empiezan a determinar que esta persona, que esta mujer no está cumpliendo, que no tiene la posibilidad-capacidad de ejercer esos cuidados. Entonces ahí todo el rato hay esta mediación, que dice la T, como de tranquilizar a la usuaria, de situar esto en un contexto, por ejemplo judicial, donde ahí nosotros damos cuenta del proceso que se había hecho. Y que ahí la familia puede tener una opinión, pero también estamos nosotros como programa. Toda esa situación es un territorio muy, muy sensible”.

(Entrevista equipo)

“En algún momento conversamos temas de sexualidad. Tampoco era algo que conversaban mucho. Por otro lado, tienen periodos intergestacionales muy breves, tienen un bebé seguido del otro y pueden tener tres bebés, cuatro bebés. En un momento tuvimos a una usuaria que tuvo diez embarazos, quizás más. No me acuerdo del porcentaje o la cantidad de abortos que había tenido, pero era una usuaria que por los recursos que tenía, personales, cognitivos, eran tan bajos que muchas veces no podía comprender ciertas gestiones que tenía que realizar y básicamente siempre había sido judicializada”.

(Entrevista equipo)

“Cómo funcionan las escuelas y como mujeres con adolescentes en embarazo, con esas características, entonces con la escuela hospitalaria nos ha funcionado bien, pero hacemos (...) No que organizamos a este acompañamiento con las escuelas, o al menos con la hospitalaria que fue, nos pidieron que les enseñáramos ya que no sabían cómo hacerlo, a lo cual la M fue, dio una charla de cuando es o no consumo, buscar cupos para adolescentes con consumo y por qué ellos necesitan una escuela y no un colegio tradicional, que se nos permite como tránsito a otro espacio escolarizado... entonces también es interesante ver cómo se va construyendo”.

(Entrevista equipo)

“(…) nosotros hacemos un acompañamiento en el maternaje desde un enfoque de género, entendiendo que el maternaje primero que a nosotros le corresponde a la mujer, porque parió un bebé. Vemos el maternaje como un acto colectivo que podría corresponder a cualquier persona de la familia y como un acto transformador, como un acto político también. Entonces no todas las maternidades son iguales”.

(Entrevista equipo)

“Yo diría que esa primera vinculación, como nosotras trabajamos en algo súper íntimo, podemos estar haciendo vinculación temprana en la pieza misma de la usuaria o igual nosotras hemos atendido usuarias acostadas en su cama, mientras están generando lactancia, entonces son espacios que se abren de una manera muy bella. Creo que se abren mucho porque somos todas mujeres, no sé si un espacio así de confianza se abrirá por ejemplo con algún compañero, que también lo hemos conversado, cuando se abren situaciones de violencia intrafamiliar o específicamente de violencia de género, se abre harto con nosotras. Nosotras podemos hablar de las mujeres que hay en el PAI, no solamente de las terapeutas”.

(Entrevista equipo)

## **Acciones transdisciplinarias**

Para implementar la articulación de redes y los acompañamientos es necesario que todo el equipo esté disponible para realizar estas acciones de manera transversal colocando al centro sus saberes propios de cada

disciplina y al mismo tiempo estar dispuestos a compartir conocimientos, estrategia y acciones comunes.

- En el proceso de tratamiento es clave que los objetivos de la intervención sean consensuados y coconstruidos entre el equipo y las usuarias.
- Para generar acciones transdisciplinarias es muy importante tener reflexiones comunes en las reuniones de equipo, sobre la comprensión de las realidades de las usuarias y sus problemáticas.
- Las acciones transdisciplinarias suponen compartir instrumentos, como trabajar con el genograma, el mapa de redes, entre otros.
- Una estrategia compartida en el equipo es comunicarse directamente con la usuaria, tener una escucha activa, sin juzgar, partiendo de la confianza mutua.
- Esa comprensión común abarca diferentes momentos del proceso, incluyendo las recaídas, que son asumidas por el equipo como algo posible y que requiere cuidados especiales, por ejemplo, respecto a los cuidados para la anticoncepción.
- Este equipo se caracteriza por el trato amoroso y respetuoso como una constante en el proceso que se orienta a la humanización de la atención.
- Un principio de las acciones transdisciplinarias es reconocer las condiciones y factores protectores y las experiencias y saberes que las mujeres y sus familias tienen y no solo las condiciones de riesgo.
- La confección del material educativo desde el enfoque de género, intercultural y de reconocimiento de la diversidad también es una acción transdisciplinar que se realiza con las madres y sus hijas/es/os.

- Las acciones transdisciplinarias descritas contribuyen a la adherencia de las usuarias al programa, especialmente por el trato del equipo y las actividades realizadas.

Las acciones transdisciplinarias suponen un equipo que pone en el centro a la usuaria y que de manera generosa comparten saberes y prácticas para el logro de objetivos comunes y consensuados. Traspasar la frontera de las disciplinas requiere tiempo para el diálogo y respeto mutuo entre quienes componen el equipo.

### **Relatos de experiencias**

“Se genera violencia hacia nuestras usuarias, yo diría por las opiniones que cada uno pueda tener en torno al tema. Por ejemplo, la violencia obstétrica que sufren nuestras usuarias es tremenda, por ejemplo al momento de asistir a algunos controles del embarazo, en la preparación para el parto y en el parto mismo. Eso que decía alguien: ‘bueno, no te gustó consumir, ahora aguántate el dolor...’. Hemos conversado cosas que tienen que ver con el acceso a la anestesia a tiempo, por ejemplo (...) y sobre todo cuando estamos relacionados con mujeres en embarazo, se relaciona en la preparación del parto, en el parto mismo, en el postparto. La complejidad de tener que hacer esta reparación del daño, saber que estas mujeres en su postparto, la mayoría tiene también sintomatología de depresión”.

(Entrevista equipo)

“También el tema de poder incorporar objetivos coconstruidos, yo creo que también es muy importante. Creo que en ese sentido cuando uno logra y tú también después no sé revisando qué ha pasado con cierto objetivo e ir hacia dónde ellos”.

(Entrevista equipo)

“Sí, hemos trabajado con la familia, explicando cómo se han repetido los patrones y muchas veces se utilizamos el genograma, para que ellos visualicen a su familia. Yo en este caso, les hago marcar ahí con quién han tenido mejor relación, con quién no tan buena relación, cuáles son los focos de conflicto respecto a las problemáticas de consumo generacionales”.

(Entrevista equipo)

“No hacemos test de drogas y parte del vínculo tiene que ver también con la comunicación transparente, clara, directa. Si tú me dijiste que consumiste, consumiste; si no, no. Con respecto a los delitos, también tienen todas conductas en el ámbito delictual. Lo primero que se dice en el ingreso es que nosotros no somos la PDI, no somos los pacos (...) Teníamos muchas adolescentes que en algún momento pensaban en robar para comprarle leche a la guagua. Entonces, como es importante hacer la lectura también del delito que creo que es una característica de nuestro equipo no sólo desde la sanción social sino cómo eso es comprendido, cuál es la necesidad y cómo se trabaja...”.

(Entrevista equipo)

“Entonces, por ejemplo, cuando nosotros estamos pensando que una paciente nuestra va a recaer, la primera pregunta es: ‘¿Tiene anticonceptivos?, recuerden que si se va a consumir ojalá que se lleve preservativos’, porque a nosotros no nos interesa como esté la fiesta, ojalá que la pase bien, si ya está de fiesta. No hay un juicio moral respecto a una conducta de un paciente porque como hay principios que rigen lo que nosotros hacemos, entonces si usted va de fiesta nuestra pega es recuperar la situación de daño que hubo después de la fiesta pero no crítica”.

(Entrevista jefe de programa)

“Por lo tanto, me es difícil transmitir en una palabra pero cuando le doy los ejemplos entonces ustedes se podrán imaginar lo que perciben nuestros pacientes, por eso el concepto amoroso es un buen concepto, que no es el que es, pero es un buen concepto”.

(Entrevista jefe de programa)

“Empezar a elaborar ciertas estrategias, como para empezar a escuchar esos discursos, esos lenguajes y empezar a hacer las invitaciones de ver, de que es un proceso en que se está reeducando, de que hay cosas que reaprender o reobservar, que hay cosas que también la persona independiente de que tenga un tema adictivo, también tiene otros tipos de factores que son protectores y eso también es algo que hay que elevarlo. Muchas veces se da que el clínico cae mucho en la patología, pero también viene la otra parte que hay que empezar a trabajar con estos factores más protectores o positivos dentro de la persona”.

(Entrevista equipo)

“A propósito del taller de estimulación temprana que hacemos desde T.O. con los educadores de párvulo, que el material, o sea pensando en el enfoque de género, el material que hacemos también tiene un lenguaje inclusivo. También está mirado desde una mirada intercultural”.

(Entrevista equipo)

“(…) en algún momento el tratamiento es voluntario, tú podrías decir “sabe qué, ya no quiero seguir acá”. ¿Por qué tú crees que te quedaste en el programa?

N: Porque me gustaba ir para allá, a las charlas.

¿Qué es lo que te gustaba? ¿Cómo te trataban? ¿Me podrías describir un poquito eso, N?

N: Bien.

A: Bien, por eso te gustaba ir. Te gustaba ir, porque te trataban bien, te enseñaban.

N: Me enseñaban a hacer pulseras, collares, me enseñaban cómo se cuidaba la guagua, cómo se bañaba, lo malo es que esta guagua no se puede bañar porque grita como loco (risas)”.

(Entrevista usuaria)

“N: Lo malo de la estimulación temprana es que salió más (interferencia) que la otra guagua (risas).

¿Qué es la estimulación temprana, N? ¿Cómo se hace eso?

N se para y va a buscar algo para mostrarme cómo hacer estimulación temprana. Pone una frazada en el suelo y pone su guagüita en el suelo, él va a gatear o si no le pone un juguete. Va a buscar un juguete y su bebé está gateando. La

N pone los juguetes en el suelo. Estoy describiendo lo que estás haciendo, N.

N: Él tiene que ir a buscar el juguete que le gusta”.

(Entrevista usuaria)

### **Actividad reflexiva con preguntas generadoras**

Invitamos a responder las siguientes preguntas desde una reflexión con su equipo de trabajo:

¿Qué estrategias señaladas de articulación de redes creen que son aplicadas en su equipo de trabajo?

¿Cómo realizan los acompañamientos desde su programa, qué puntos comunes tiene con lo indicado y cuáles les generan tensiones?

¿Qué tipo de trabajo en equipo desarrollan y cómo ven la posibilidad de acciones transdisciplinarias?

A propósito de lo leído, ¿qué elementos incorporaría para mejorar las acciones?

### **4.3. Al alta**

Al momento del alta se realiza una evaluación de egreso para evaluar los objetivos terapéuticos que fueron coconstruidos entre las mujeres y el equipo. El propósito es identificar con claridad si se han alcanzado los objetivos o al menos se encuentran en un estado avanzado que permite sostener los logros alcanzados a través de una derivación asistida y

responsable. Un elemento importante a considerar es que no siempre el equipo o la usuaria tiene certeza sobre el momento oportuno del alta, lo que requiere evaluar en detalle la situación en espacios de reunión junto a los diferentes integrantes del equipo que se han involucrado en el proceso.

Es fundamental que al momento del alta exista una red de apoyo para la continuidad de cuidados, red que debe estar informada del sentido de la derivación, la historia del proceso previo y los mecanismos de coordinación posterior, incluyendo un referente claro en cada programa integrante de la red.

Del mismo modo, las mujeres deben estar de acuerdo con el alta, informadas del sentido de la derivación y con la autonomía necesaria para transitar por esta red, teniendo claros los mecanismos de acceso a los programas respectivos y los referentes en cada programa. Este es un ejercicio dialogado que siempre considera la perspectiva de las usuarias y sus proyectos de vida, se les prepara para abordar las posibles recaídas y los problemas generados por ellas. La usuaria sabe que en caso de nuevos problemas pueden ser de nuevo derivadas al programa modelo de puertas abiertas.

### **Puntos claves**

- Preparación al alta: basada en las evaluaciones de proceso realizadas en las reuniones de equipo, se considera importante informar a la usuaria sobre sus avances y anticipar el alta por un periodo de uno a dos meses. Esta etapa está dirigida a generar sincronía en el equipo, dando tiempo para cerrar las gestiones pendientes, y acompañar a la usuaria en la etapa final del proceso, transitando

hacia una derivación asistida. Esto significa anticipar el circuito que se ha gestionado para dar continuidad a su proceso, mostrar el recorrido que debe realizar, las etapas que se irán presentando, los referentes en cada programa y los modos de solicitar orientación cuando se produzcan dificultades, evitando que las mujeres se desconecten o sientan abandono de la red, especialmente, cuando las redes de apoyo familiar son insuficientes.

- Alta informada y consensuada: entre las mujeres, sus redes próximas (si las hubiere) y el equipo, esto incluye lectura de las indicaciones y proyecciones del proceso a la usuaria. Una estrategia importante es comunicar que se disminuirá progresivamente la frecuencia de las atenciones de la mano de un proceso de capacitación sobre el funcionamiento de las redes de atención, siempre propiciando la autonomía y autogestión de la red.
- Derivación asistida y responsable: espacio de transición y acompañamiento. La usuaria es apoyada en la derivación a su próximo dispositivo de salud, informando que ese dispositivo es apto para su continuidad de tratamiento. El equipo toma contacto con el dispositivo receptor, solicitando una hora de



ingreso para la usuaria. Antes de su hora de ingreso, la secretaria de PAI realiza un contacto telefónico a la usuaria y/o familia para recordarle la importancia de su asistencia al nuevo dispositivo. Una vez llega la fecha de su ingreso, el equipo PAI realiza revisión de la ficha clínica de la usuaria para confirmar su asistencia al dispositivo. En el caso en que la usuaria falte a su hora de ingreso, el equipo PAI se comunica con el equipo receptor para solicitar una nueva hora de ingreso y se repite el patrón de acción. La derivación asistida es uno de los focos de mayor importancia para la transición de dispositivos y vinculación responsable de la usuaria como sujeto de atención en red.

- En el caso de realizar derivaciones a equipos de mayor complejidad, como comunidades terapéuticas, UCE y hospitalizaciones de mediana estadía, se realiza el mismo proceso acompañado de la realización de un informe biopsicosocial<sup>3</sup>, el cual contiene información relevante de la usuaria y su proceso. Se suma a ésta categoría, el acompañamiento presencial para el traslado de la usuaria por parte de un profesional del equipo PAI.
- Gestión con red de apoyo: para la generación de circuitos de apoyo institucionales y territoriales centrados en la continuidad de cuidados, la mantención de los procesos de acompañamiento y el resguardo de los derechos.

---

3 Informe de derivación a comunidades terapéuticas y unidades de mediana estadía.

Entre las condiciones que se consideran al alta es posible identificar las siguientes:

- a) Que se hayan cumplido objetivos mínimos respecto al consumo, abstinencia o control sobre la droga principal, abstinencia o control sobre las otras drogas.
- b) Estabilidad emocional.
- c) Salud mental y salud física estable.
- d) Que exista conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos, que cuente con derivación al programa de salud sexual y reproductiva en atención primaria.
- e) Que cuente con conocimiento sobre el sentido de la anticoncepción y cuente con algún método anticonceptivo.
- f) Que las hijas/es/os se encuentren dentro de una red de apoyo.
- g) Que sea autónoma en la gestión de la red.
- h) Que los derechos y atenciones de su familia se encuentren adosadas al dispositivo correspondiente.
- i) Considerar adicionar la derivación al programa si en algún momento los problemas asociados al consumo se presentan.

## **Relatos de experiencias**

“(…) pero a veces nosotras no estamos preparadas para darle el alta y ahí también trabajamos lo que nos pasa. A veces también generamos algunas inseguridades como ‘pucha, si lo derivamos a lo mejor se puede perder’ y también nos cuestionamos en las reuniones clínicas. Entonces, tratamos que sea el momento bien oportuno para el chiquillo”.

(Entrevista equipo)

“(…) entonces se empieza a hacer el plan de tratamiento y se van viendo los lineamientos a seguir y que el resto de los profesionales también van trabajando, para que cuando ya llegue casi al final del embarazo, ella tenga claro qué método va a requerir y nosotros lo articulamos, si no cuenta con registro social de hogares, también, empezar inmediatamente a gestionar y articular la red para que ella obtenga el registro social de hogares”.

(Entrevista equipo)

“(…) le doy de alta, pero uno después ve la trayectoria y una dice en qué dispositivo va a quedar la chica o el chico que también es importante, yo creo que el hacerse cargo de dónde queda ese sujeto, independientemente de que uno diga a lo mejor no es el proceso para hacer el trabajo porque no todas las familias están disponibles”.

(Entrevista equipo)

“Entonces, siempre tenemos que tener claridad del objetivo terapéutico, que era lo que en el inicio íbamos a trabajar con él y ahí lo evaluamos, y claro, efectivamente ahí decimos que sopesamos todo y decimos ya, efectivamente, trabajamos lo que vamos a trabajar y el chiquillo está listo para el alta”.

(Entrevista equipo)

Cuando tú dices me leían todo, ¿en qué sentido?, ¿de qué manera participabas tú en esto?

S: Mi ficha me la leían, no me acuerdo por qué me estaban leyendo la ficha. Creo que era para el alta.

(Entrevista usuaria)

“No es que tenía una hora en el hospital, viene a saludar. Entonces, igual es rico eso porque no te van a buscar solo para solucionar problemas. Se anticipa el egreso y se disminuye la cantidad de atenciones antes de egresar, de manera considerable, o sea una vez a la semana, cada dos semanas... igual está este comentario ‘me van a abandonar’ y trabajamos eso también nosotros, en que sean los más autónomos posible”.

(Entrevista equipo)

“Generalmente van con derivación, si tiene una patología psiquiátrica de base, se van al ambulatorio. De lo contrario se van al consultorio, pero siempre con una red de apoyo para la continuidad de cuidados, no para continuidad de maltratos, continuidad de cuidados, con una mirada de derechos, donde ellas también son capaces finalmente de solicitar que se les trate de una manera más digna”.

(Entrevista equipo)

“(…) yo creo que eso es algo súper importante, o sea si tenemos una adolescente que lleva un año con nosotros, pero que todavía no logra gestionar, (...) o sea, puede no tener consumo hace seis meses, pero sí todavía. No es algo que sólo el equipo proponga si no que se gestiona con las adolescentes cuándo es el tiempo del egreso (...) disminución del consumo, una estabilidad emocional y de salud mental, salud física, que tenga su método anticonceptivo o que accedan a todo... el plan de salud sexual y reproductiva en sus consultorios y yo creo que, por supuesto, que sean autónomas en eso, o sea que sepan gestionar la red”.

(Entrevista equipo)

“Y con respecto a pensar en cuándo egresa, nosotras en general hacemos el acompañamiento todo el embarazo y más o menos hasta que los bebés tienen nueve meses o un año. Nos aseguramos que estén en el jardín infantil o la sala cuna, que la adolescente ojalá tenga una actividad que le genere placer o que sea significativa, por ejemplo, trabajar a veces en trabajo informal es a lo que acceden o mantener la escolaridad. Ahí hay una estabilidad”.

(Entrevista equipo)

### **Actividad reflexiva con preguntas generadoras**

Invitamos a responder las siguientes preguntas desde una reflexión con su equipo de trabajo:

¿Cuáles son los criterios y condiciones que permiten definir el momento oportuno del alta y cómo se incorpora a las participantes del programa en la toma de decisiones sobre esta?

¿Cuáles son las condiciones y mecanismos de coordinación que debe ofrecer la red para dar continuidad al proceso postalta?

A propósito de lo leído, ¿qué elementos incorporaría para mejorar las acciones al momento del alta?

#### 4.4. Seguimiento postalta

El último momento clave dentro del modelo de trabajo es el seguimiento postalta. Esto quiere decir que se deben implementar acciones para monitorear el proceso luego del alta, hasta un año luego de concluida la atención directa en el programa con una frecuencia trimestral, aún cuando puede ser flexible y realizarse mensual o bimensualmente.

Los objetivos de esta etapa están orientados a identificar cómo está funcionando la red, cuáles son las acciones que se han logrado concretar y en cuáles existen dificultades de acceso para las usuarias.

También es el momento de evaluar la autonomía efectiva que han tenido las mujeres para circular en la red de un modo expedito y en caso de dificultades, si han logrado implementar mecanismos de exigibilidad que permita dar resolución a los obstáculos, sea por una burocratización innecesaria, violencia institucional, maltrato durante la atención o falta de información oportuna, entre otras.

Una acción muy importante es mantener espacios de coordinación para evaluar el funcionamiento de la red y diseñar circuitos expeditos, claros, sin tramitaciones para evitar el riesgo de abandono o expulsión de la red, especialmente cuando se trata de personas jóvenes, lo que puede generar riesgo de retroceso y retorno a situaciones de crisis.



En el momento del seguimiento es importante que la red responda a un enfoque de derechos y género, considerando criterios de diligencia, oportunidad, continuidad, pertinencia cultural y geográfica. Lo anterior permite superar la fragmentación de la atención en salud y plantear una atención vertical e integrada de los diferentes nodos/ dispositivos de la red, con el fin de sostener los objetivos alcanzados y seguir propiciando el proceso de reconstrucción del proyecto de vida, la disminución de consumo de drogas y alcohol y la continuidad de cuidados.

Es importante mantener la adherencia a la red de apoyo a través de las acciones de seguimiento, incluso cuando las mujeres se encuentren desarrollando sus proyectos de vida, estudiando, trabajando y ejerciendo su maternidad, con el fin de prevenir posibles recaídas y promover acciones de autocuidado permanente que cubran sus diversas necesidades y acceso a otros derechos.

Durante el seguimiento es posible que se decida en conjunto con las mujeres el reingreso al programa. En este caso se reinicia el proceso y se evalúan las condiciones y factores de riesgo que influyeron en el proceso y las estrategias que se podrían implementar para fortalecer los nuevos objetivos o reforzar aquellos que se venían trabajando previamente incluyendo nuevamente a las diferentes redes involucradas, tanto familiares y territoriales como institucionales.

Una de las principales formas de reingreso se genera desde las demandas espontáneas, la cual se comprende como el espacio en el cual la usuaria y/o sus vínculos cercanos solicitan al equipo volver a entrar al programa. Las principales causas de la solicitud aluden a: francas recaídas, nuevo embarazo y situaciones judiciales, problemas familiares relacionados al consumo, violencias de género

asociadas al consumo, inasistencias a dispositivo actual y necesidad de mayor frecuencia de acompañamiento. Las formas en que se dan las demandas espontáneas, son principalmente mediante llamados telefónicos a la oficina del equipo PAI o directamente asistiendo al programa presencialmente. Piden comunicarse con algún profesional con el cual hayan generado un vínculo terapéutico importante basado en el trato digno.

### **Relatos de experiencias**

“Y a propósito de ese trabajo, nosotros estamos desde el 2017 trabajando, hemos logrado articular las redes. O sea, citamos a reunión generalmente, bueno antes en presencialidad facilitábamos generalmente el espacio, y después le hacemos seguimiento a esas actividades, tratando también de disminuir el tema burocrático, sobre todo en juventudes en donde no es tan expedito como en adulto el tema de las listas de esperas. Los adolescentes van poco, asisten de otras maneras, entonces se ha agilizado”.

(Entrevista equipo)

“Los reingresos han tenido que ver con otros elementos, pero efectivamente es un seguimiento que se hace por un año y que se hace de manera trimestral. Ha habido particularidades, por ejemplo, con algunos jóvenes que quieren un seguimiento más continuo, cada dos meses. Ha salido a propósito de parte de ellos que quieren tener un seguimiento mensual”.

(Entrevista equipo)

“Entonces, se hacen en el domicilio pero con el adolescente o con la familia. Tiene que ver también con ir evaluando la continuidad del cuidado, si efectivamente han estado recibiendo las otras atenciones, si efectivamente han retomado el patrón de consumo o no. La mayoría de los jóvenes o las jóvenes mantiene muy bajo consumo, que no requiere de un reingreso”.

(Entrevista equipo)

“En las reuniones de equipo alcanzamos a ver con gran definición cada uno de los casos, sí, y eso igual nos permite hacer acciones concretas, articulaciones y que los usuarios no se nos pierdan en el camino (...) Pero sí, estamos en constante presencia porque el tema del WhatsApp o el tema de los correos es constante en general dentro del trabajo, así que tiene esa particularidad que siempre estamos visualizando qué hizo el otro, a pesar de que uno no está en esa intervención”.

(Entrevista equipo)

“(…) o sea, que puedan entender y gestionar esta red pero a veces la red es compleja, la gente cambia y pasa todo lo que ya mencionamos durante la entrevista, entonces, ellos pueden ir a consultar y lo hacen y ahí es súper rico porque a veces nos van a ver solo para saludarnos”.

(Entrevista equipo)

## Actividad reflexiva con preguntas generadoras

Invitamos a responder las siguientes preguntas desde una reflexión con su equipo de trabajo:

¿De qué manera se realiza el seguimiento en su organización? ¿Con qué frecuencia y objetivos?

¿Cuáles han sido los principales problemas que se presentan al momento del seguimiento?

¿Qué valor tiene el seguimiento desde la perspectiva de las mujeres y sus redes?

A propósito de lo leído, ¿qué elementos incorporaría para mejorar las acciones al momento del seguimiento?



## 5. Abriendo posibilidades

Este manual surge de la experiencia desarrollada por el equipo PAI-M del Hospital CRS El Pino en torno al acompañamiento de mujeres con consumo de alcohol y drogas en embarazo y maternaje. Se presentan los principales aprendizajes que el equipo ha logrado adquirir tras largos años de experiencia y luego de implementar un modelo de trabajo con resultados favorables en términos de adherencia al programa, reducción de daño y reconstrucción de los proyectos de vida de las mujeres, sus hijas/es/os junto a sus redes próximas.

Esperamos que este manual pueda abrir posibilidades de repensar el trabajo que diversos equipos realizan con mujeres en esta misma situación. Es una invitación a interrogarse sobre aquellas prácticas que a veces se normalizan e impiden reconocer las condiciones sociales, culturales y políticas que atraviesan las historias de las mujeres y por tanto, los mismos procesos de intervención.

Esperamos abrir posibilidades de recuperar el profundo valor de los derechos y del papel de garantes que tienen los equipos de salud y las redes de protección social, especialmente ante las desigualdades de género, de clase y generacionales, que se suman a la violencia estructural e institucional que afecta a las mujeres que consumen drogas y alcohol, especialmente en una etapa tan desafiante como el maternaje y la crianza.

También esperamos abrir posibilidades de reconocer el valor del trabajo en red y el importante lugar que tiene para la continuidad de la atención y para fortalecer las capacidades transdisciplinarias de los equipos, la colaboración permanente y la pluralidad de saberes que confluyen. Lo anterior impacta directamente en la humanización de la atención y en la posibilidad de abrir caminos para todos los/as involucradas/os.

Creemos que estas propuestas pueden ser útiles, estamos seguras/os, que al menos se abrirán preguntas que son el primer paso para generar transformaciones.

# Referencias bibliográficas

- Artigas, C. (2005). Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. Santiago: CEPAL.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2004). Mujeres y Tratamiento de Drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. Conace, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2004, pp.8-10.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2007). Mujeres y Tratamiento de Drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas. Conace, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2007, pp. 13-14.
- Díaz, M., Palomino, T., Quintana, N., Palacios, M., Aracena, P. (2021). Reflexiones desde las Terapias Ocupacionales desde el Sur: violencia estructural, derechos humanos y género en procesos de acompañamiento de mujeres durante el embarazo y maternaje. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2996. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE2270>
- Diez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A, Arrúa L. (2020) Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colectiva*. 16:e2509. doi: 10.18294/sc.2020.2509.
- Follegati, L., Troncoso, L., & Stutzin, V. (2019). Más allá de una educación no sexista: aportes de pedagogías feministas interseccionales: pensamiento educativo. *Revista de Investigación Educativa Latinoamericana*, 56(1), 1-15.
- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. *Fundació Víctor Grifols i Lucas*.
- Guajardo, C. A., & Galheigo, S. M. (2015). Reflexiones críticas sobre los derechos humanos: contribuciones de la terapia ocupacional latinoamericana. *Boletín de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales*, 71(2), 73-81.
- Red Internacional de Mujeres y Reducción de Daños WHRIN. (2021). Mapeo global de servicios de reducción de daños para mujeres que consumen drogas. Disponible en <https://idpc.net/es/publications/2021/12/mapeo-mundial-de-los-servicios-de-reduccion-de-danos-para-mujeres-usuarias-de-drogas>
- Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia IAFA (2012). Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

- en Costa Rica. Decreto 37110-S San José, Costa Rica.
- Insulza, J. (2012). Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025. Organización de Estados Americanos (OEA). Recuperado de [http://www.up.ac.pa/ftp/2010/ob\\_droga/documentos/escenario.pdf](http://www.up.ac.pa/ftp/2010/ob_droga/documentos/escenario.pdf).
- Lima, E & Guirardi, M. (2008). Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 153-158, set./dez.
- Libreros Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 622-628. Recuperado en 02 de septiembre de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400013&lng=es&tlng=es).
- Lopes, R. E., Malfitano, A. P. S., Silva, C. R., & Borba, P. L. O. (2014). Recursos e tecnologias em Terapia Ocupacional Social: ações com jovens pobres na cidade. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(3), 591-602. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.081>
- Martínez, V. (2006). El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales. Tesis de Magíster, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Martínez Riera, J. R., & Sanjuán Quiles, Á. (2009). ¿ Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?. *Rev. adm. sanit. Siglo XXI*, 661-682.
- Palacios, Díaz; Aracena, Palomino, Quintana (2021). Procesos de acompañamiento, enfoque de género y mujeres en consumo de alcohol/drogas en embarazo y maternaje: Claves transdisciplinarias y terapias ocupacionales desde el sur. [Manuscrito no publicado]. Chile.
- Pascale, A. (2010). Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. Montevideo: MSP.
- Rimola, A. (2017). Estrategia nacional para el abordaje y reducción del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública en Costa Rica 2017-2021. Costa Rica.
- Romero, P., & Medina-Moreno, C. (1996). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Montevideo: LOM.
- Rowlands, M., Miranda, I., & Arcila, M. (2018). Caracterización de mujeres en embarazo y post parto con consumo de alcohol y sustancias. Santiago: SONEPSYN.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol-Senda (2021). Glosario de términos. Disponible en <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacionsobre-drogas/glosario-de-terminos/>
- Valencia-Recabarren, P. (2015) Caracterización de la población femenina atendida en el Programa de Tratamiento Específico de Mujeres, Boletín N° 9. 1 Observatorio Chileno de Drogas - En [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl)

# Anexos

## 1. Informe del 8vo mes o parto. PAI Mujeres.

### Informe de proceso

#### Programa Ambulatorio Intensivo

##### Antecedentes generales

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad

Rut:

Fecha de ingreso a tratamiento:

Cesfam:

Escolaridad:

Semanas de gestación a la fecha de informe:

Adulto/a significativo/a:

##### Situación actual

Atenciones en red:

Consumo y proceso de tratamiento:

Con respecto a lactancia:

Situación de embarazo y asistencia a controles:

Intervenciones domiciliarias:

Relaciones familiares y redes de apoyo:

Situación ocupacional:

Método anticonceptivo postparto:

Nombre y cargos del equipo PAI.

## 2. Informe biopsicosocial para derivaciones

### Informe biopsicosocial

#### 1. Antecedentes personales:

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Edad:	
Rut:	
Situación civil:	
Hijos:	
Teléfono:	
Dirección:	
Ocupación:	
Escolaridad:	
Vive con:	
Derivado desde:	
Fecha del informe:	
Apoderado responsable (nombre y parentesco):	

#### 2. Antecedentes contextuales:

--

#### 3. Situación de salud:

--



**Hábitos:**

	OH	THC	PBC	COC	Otras
Edad de inicio:					
Consumo promedio y máximo					
Abstinencia máxima					
Deterioro físico					

**Antecedentes de salud mental familiar:****Antecedentes de salud mental del paciente:**

-Tratamientos previos, tipo y lugar, duración, adherencia y resultados:

-Fármacos usados actualmente.

Eventos traumáticos y otras conductas disfuncionales (ej: autoagresiones, alteraciones de conducta alimentaria)

**Diagnóstico multiaxial**

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

**4. Antecedentes de personalidad:**

Actitudes/ conducta, autoestima/autoimagen, relaciones vinculares:

**5. Antecedentes sociales y familiares:**

Composición y características del grupo familiar:

Antecedentes económicos y situación de vivienda:

Antecedentes legales y situación actual:

Redes familiares/de amistad, institucionales, comunitarias:

**6. Historia ocupacional:**

Autocuidado y rutina:

Estudios y trabajo:

**7. Opinión del equipo:**

-Síntesis, estado motivacional y fundamentos para indicar tratamiento residencial:

-Objetivos a trabajar en sistema residencial:

**8. Contactos equipo derivador:**

Nombre	Teléfono	Mail	Equipo derivador

### 3. Formato PTI 2021

#### Plan de tratamiento individual- PTI

Nombre del usuario(a):	Fecha de ingreso:	Rut:
Fecha elaboración PTI:	Fecha evaluación PTI:	Edad:
Profesionales participantes:	Fecha nacimiento:	Firma y fecha
	Programa: PM PG Estado motivacional:	

Dimensión	Metas (resultados a largo plazo de un tratamiento, lo que se quiere lograr)	Objetivos (habilidad que la persona debe adquirir para alcanzar la meta)	
Uso de sustancia (s)	Incorporar herramientas para reducir el consumo de _____	Desarrollar habilidades de afrontamientos para usar cuando experimente situaciones de deseo	
	Promover estrategias para mantener la abstinencia de _____	Fortalecer la motivación al cambio	
	Fomentar adherencia al programa	Concientizar las consecuencias del consumo de sustancia	
	Otros	Desarrollar vinculación con equipo	
Salud mental	_____ Situación respecto al diagnóstico de_____.	Psicoeducar sobre la situación de salud mental presente	
	Promover la estabilidad del estado del ánimo.	Comprender la relación entre _____ y la conducta adictiva	
	Favorecer conductas de autocuidado	Incorporar habilidades y herramientas para el manejo de la sintomatología_____	
	Disminución de conductas hetero/ autoagresivas	Mantener adherencia al tratamiento farmacológico	
	Promover habilidades de desarrollo personal	Informar conflictos centrales que conducen a comportamientos letales.	
	Otros	Reconocer fortalezas y debilidades.	
		Otros:	



Dimensión	Metas (resultados a largo plazo de un tratamiento, lo que se quiere lograr)	Objetivos (habilidad que la persona debe adquirir para alcanzar la meta)		
Salud física	Fomentar una salud sexual responsable	Educar/incorporar conductas sexuales responsables		
	Incorporar hábitos saludables			
	Promover adherencia a otros tratamientos			
	Incorporar una maternidad/ paternidad responsable	Promover hábitos saludables asociados a rutinas de _____		
	Otros	Concientizar la responsabilidad de la asistencia al tratamiento de _____		
				Promover acciones que permitan _____
Otros:				
Ámbito familiar y relaciones interpersonales	Comprender la experiencia personal en la historia familiar.	Implementar conductas saludables de afrontamiento para lidiar con los conflictos _____		
		Identificar conflictos en la relación _____ que promueven el consumo.		
	Comprender la dinámica relacional interpersonal que influye en el consumo	Favorecer el apoyo para otros miembros de la familia		
		Identificar situaciones de conductas violentas		
		Identificar patrones comunicacionales a la base del conflicto _____		
	Otros:	Favorecer el apoyo para otros miembros de la familia		
		Otros:		



Dimensión	Metas (resultados a largo plazo de un tratamiento, lo que se quiere lograr)	Objetivos (habilidad que la persona debe adquirir para alcanzar la meta)	
Situación ocupacional, social y comunidad.	Mejorar las situaciones sociales, ocupacionales, financieras y de vida lo suficiente para aumentar la probabilidad de_____	Lograr inclusión laboral	
		Identificar relaciones sociales saludables/ protectoras	
		Mantener empleo	
		Lograr inclusión educacional	
	Aumentar la competencia de habilidades de la vida diaria y el conocimiento de la comunidad disponible.	Mantener estudios	
		Mantener rutina satisfactoria	
		Participar en actividades como alternativas a las conductas de consumo	
	Identificar conexiones entre problemas ocupacionales y comportamiento de consumo.	Identificar las conexiones entre las deficiencias del entorno y las conductas de consumo	
	Aprender sobre recursos de la comunidad  Otros:	Establecer redes de apoyo en la comunidad	
		Examinar el uso diario del tiempo e identificar prácticas saludables y áreas de mejora	
		Evaluar intereses y habilidades personales	
		Otros:	



<b>Dimensión</b>	<b>Metas</b> (resultados a largo plazo de un tratamiento, lo que se quiere lograr)	<b>Objetivos</b> (habilidad que la persona debe adquirir para alcanzar la meta)	
Transgresión a la norma social	Favorecer conductas prosociales	Prevenir la transgresión a la normal social	
		Promover el cumplimiento de indicaciones judiciales	
		Aprender afrontamiento de la incertidumbre asociada a problemas legales	
	Otros:	Identificar patrones que crearon dificultades legales.	
	Promover participación en proceso judicial		
Otros			

	Actividad	Indicador de logro (acciones para el cumplimiento de objetivos)	Evaluación		
			L	ML	NL

## 4. Formato Ficha TOP PAI

T.R  
FICHA TOP APLICADA

### SECCIÓN 1: Uso de sustancias

Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas.

- Alcohol: 0 (última semana: 0 / semana 3: 0 / semana 2: 0 / semana 1: 0)
- Marihuana: 1 (última semana: 1 / semana 3: 0 / semana 2: 7 / semana 1: 0)
- Pasta base: 0 (Última semana: 0 / semana 3: 0 / semana 2: 0 / semana 1: 0)
- Cocaína: 12 (última semana: 0 / semana 3: 0 / semana 2: 0 / semana 1: 0)
- Sedantes o tranquilizantes: 0 (última semana: 0 / semana 3: 0 / semana 2: 0 / semana 1: 0)
- Otras sustancia problema: 0 (última semana: 7 / semana 3: 7 / semana 2: 7 / semana 1: 7)

### SECCIÓN 2: Transgresión a la norma social

Registrar hurtos, robo, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

- Hurto: NO
- Robo: NO
- Venta de droga: NO
- Riña: NO
- Violencia intrafamiliar (maltrato físico o psicológico): NO REGISTRA VIF.  
0 (Última semana: 0 / semana 3: 0 / semana 2: 0 / semana 1: 0)
- Otra acción: NO

### SECCIÓN 3: Salud y funcionamiento social

- Calificar el estado de salud psicológica del usuario (ansiedad, depresión y/o problemas emocionales)  
- Salud psicológica: 5 (en escala de 0 a 20)
- Registrar los días trabajados y asistidos a institución de educación (Colegio, Instituto, Universidad, Centro de capacitación, etc.) durante las últimas 4 semanas.  
- Días de trabajo remunerado: 0 DÍAS DEL MES  
(Última semana: 0 / semana 3: 0 / semana 2: 0 / semana 1: 0)
- Días asistidos al Colegio o Instituto o Universidad o Centro de capacitación, etc: 0 días
- Calificación del estado de salud física del usuario (grado de síntomas físicos u molestias por enfermedad)  
- Salud física: 8 (en escala de 0 a 20)  
- Registrar condiciones de vivienda de las últimas 4 semanas
- Tiene un lugar estable para vivir: NO
- Habita en una vivienda que cumple con las condiciones básicas: SI
- Calificación global de calidad de vida del usuario (ej: es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar bien con su familia y el entorno)  
- El usuario califica este ítem con nota 10 (en escala de 0 a 20)

## 5. Evaluación de ingreso PAI

### Evaluación de ingreso PAI

Usuario/a:

Rut:

Patrón de consumo:

Estado motivacional:

Estado de salud mental:

Estado de salud física:

Relaciones familiares:

Relaciones interpersonales:

Situación ocupacional:

Transgresión a la norma social:

Necesidad de integración capital social:

Necesidad de integración en capital humano:

Necesidad de integración en capital físico:

Necesidad de integración en capital social:

## 6. Consentimiento Informado PAI DUAL Mujeres 2020



Consentimiento informado

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

a través de este documento, declaro lo siguiente:

1. Ingreso de manera voluntaria al programa PAI Dual/ Mujeres perteneciente al Servicio de Salud Mental del Hospital y CRS El Pino, el cual tiene como objetivo general otorgarle a las personas con consumo problemático de sustancias un espacio terapéutico que les permita resolver el consumo de sustancia y los problemas asociados a dicha ingesta.
2. Se me explicó que podré acceder a atenciones en salud mental realizadas por diversos profesionales (medicxs-psiquiatras, psicologxs, terapeutas ocupacionales, trabajadorxs sociales, enfermerxs y educadora de párvulos) y técnicos (en rehabilitación y enfermería), tanto a nivel individual, familiar y grupal, tanto en el centro como en mi domicilio.
3. Entiendo que la duración de mi proceso terapéutico será coordinado en conjunto con el equipo técnico profesional del programa.
4. Estoy consciente que mientras dure la emergencia sanitaria por COVID-19 las atenciones anteriormente mencionadas serán preferentemente a distancia (llamados telefónicos y/o videollamadas), manteniendo en todo momento el respeto a mis derechos (confidencialidad, calidad, etc.) como paciente.
5. Me han explicado y he comprendido que se me realizará un diagnóstico para conocer mi estado de salud y consumo de drogas y/o alcohol, los cuales me serán presentados. Con los resultados del diagnóstico construiremos mi Plan Individual de Trabajo (PIT), con objetivos, actividades y plazos a trabajar.
6. En caso de necesitar tratamiento con medicamentos, se me explicará el motivo, los efectos y consecuencias tanto en mi estado físico como psicológico, teniendo la opción de aceptarlo o rechazarlo. En caso de rechazarlo el equipo reevaluará si es posible llevar a cabo mi Plan Individual de Trabajo.
7. En caso de aceptar el tratamiento farmacológico, me comprometo a seguir las indicaciones con responsabilidad, o sea sin hacer uso abusivo de los medicamentos. Entiendo que si mantengo el consumo de alcohol y/o drogas al tener tratamiento con medicamentos, esto puede causarme graves problemas de salud, inclusive una urgencia médica.
8. La información de mi proceso terapéutico será confidencial, pero en caso que mi vida o la de otros, a raíz de mi conducta esté en riesgo, esta confidencialidad no podrá mantenerse. Se deberá informar a quienes corresponda para tomar las medidas más adecuadas a fin de protegerme a mí y/o a los que me rodean. Se informará de inmediato a mi familia o a los programas en los cuales participo, ya que mi derecho a la vida está por sobre mi derecho a la privacidad.
9. En caso de que el programa tenga que realizar informes al sistema judicial y/o protectorial, estos se referirán a mi proceso de tratamiento únicamente en términos globales respetando mi derecho a la privacidad.
10. Sé que puedo retirarme del tratamiento de forma voluntaria, en cualquier momento, informando esta situación a cualquier profesional del equipo del programa que trabaje conmigo.
11. Finalmente se me informó que el tratamiento que realizaré es financiado económicamente por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (Senda) y el SSMS, el cual no tendrá costo alguno para mí y mi familia, razón por la que mi compromiso en el tratamiento se refiere únicamente a la participación en éste.

\_\_\_\_\_  
Firma usuariox

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del profesional del programa

Este libro fue posible gracias al apoyo de la  
Universidad de Santiago de Chile a través de  
la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio.  
En la presente edición trabajó el equipo  
completo de Editorial Usach:

Director  
Galo Ghigliotto

Equipo editorial  
Catalina Echeverría (editora)  
Andrea Meza (diseñadora)  
Ana Ramírez (diseñadora)  
Consuelo Olgún (editora adjunta)

Equipo administrativo  
Martín Angulo (jefe administrativo)  
Claudia Gamboa (secretaria)

Equipo comercial  
Emiliana Pereira (jefa comercial)  
Javier Solís (ventas)  
Pablo Masquiarán (asistente de bodega)



\*

Esta  
primera  
edición de  
*Manual de buenas  
prácticas* se terminó de  
imprimir en agosto de 2022  
en los talleres de Max Huber con  
un tiraje de 100 ejemplares.

Para los textos de portada  
e interior se utilizó  
la tipografía Be  
Vietnam  
Pro.



Este manual describe la práctica clínica desarrollada en el Programa Ambulatorio Intensivo, específico de mujeres, del Servicio de Salud Mental del Hospital y CRS El Pino. Es un trabajo transdisciplinar que permite generar un diálogo respetuoso y fluido de diferentes saberes, prácticas y experiencias, con el objetivo de construir alternativas para responder al dilema de las usuarias quienes, a pesar de tener problemas con el consumo, no logran cambiar.

La investigación contenida en esta publicación busca mejorar las prácticas y construir nuevos caminos que favorezcan la creación, modificación y potenciación de estrategias clínicas y éticas para acompañar a las usuarias en el proceso de maternaje y, a su vez, ayudarlas a reducir los niveles de riesgo y de inequidades que les asegure el acceso a una atención digna, en la cual se resguarden sus derechos y se potencie su autonomía.

COLECCIÓN FUERA DE SERIE



UNIVERSIDAD  
DE SANTIAGO  
DE CHILE

