

DISCAPACIDAD MENTAL

HOGAR PROTEGIDO

Procedimientos y estándares de operación del Hogar Protegido para Personas con Discapacidad Mental

Versión	Fecha actualización	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
1.0	Marzo 2012	Catalina Dupré Pablo Monares	María Isabel Robles	María Isabel Robles
2.0	Diciembre 2015	Verónica Retamal Rodrigo Varas	María Isabel Robles	María Isabel Robles

“Aunque todos los cristianos fueran santos, no por ese sólo hecho se solucionaría el mal social.

“Aunque todos los cristianos fueran santos, no por ese sólo hecho se solucionaría el mal social.

Hace falta también la técnica, es necesario observar las cosas, criticar las ideas, razonar sobre los hechos, proponer planes y construir.

Hace falta también la técnica, es necesario observar las cosas, criticar las ideas, razonar sobre los hechos, proponer planes y construir.

Hay que pasar de la moral a la técnica, y para ello se necesita, talento, trabajo y preparación especial”

Hay que pasar de la moral a la técnica, y para ello se necesita, talento, trabajo y preparación especial”

Alberto Hurtado Cruchaga S. J.

Alberto Hurtado Cruchaga S. J.

ÍNDICE

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
OBJETIVO DEL DOCUMENTO	5
FUNDAMENTACIÓN DE EL HOGAR PROTEGIDO	6
RELEVANCIA DEL HOGAR PROTEGIDO	6
FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA	8
POBLACIÓN OBJETIVO	10
POBLACIÓN OBJETIVO	10
FOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA	10
OBJETIVOS DEL PROGRAMA	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
METODOLOGÍA.	16
PRINCIPIOS ORIENTADORES	16
VALORES QUE FUNDAN EL TRABAJO CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL.	16
EJES TRANSVERSALES EN EL TRABAJO CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL	18
PERSPECTIVAS PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR PROTEGIDO	21
ENFOQUE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA	21
ENFOQUE DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO SOCIAL	21
ENFOQUE DE POBREZA, VULNERABILIDAD Y DETERIORO BIOPSICOSOCIAL	22
PERSPECTIVA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO	22
MÉTODO: ETAPAS DEL PROCESO DE TRABAJO EL HOGAR PROTEGIDO	23
DIAGRAMAS DE FLUJO Y ACTIVIDADES POR ETAPA	31
PRESTACIONES QUE SE ENTREGAN EN HOGAR PROTEGIDO	34
TIPOS DE APOYO MODALIDAD HOGAR PROTEGIDO:	35
DE ACUERDO A LA NORMA TÉCNICA SOBRE HOGARES PROTEGIDOS DEL MINISTERIO DE SALUD (2000) SE DETERMINAN CUATRO TIPOS DE SERVICIOS DE APOYO.	35
PROTOCOLOS DE ACCIÓN	36
RECURSOS	37
RECURSOS HUMANOS: DOTACIÓN DE TRABAJADORES REMUNERADOS Y VOLUNTARIOS	37
COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE MONITORES SEGÚN RESIDENTES ATENDIDOS	37
ORGANIGRAMA	38
DOTACIÓN NO REMUNERADA	38

RECURSOS MATERIALES	40
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.	40
SEGURIDAD	41
TABLERO DE CONTROL	42
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	44
ANEXO N° 1: GLOSARIO	44
ANEXO N° 2: PERSPECTIVAS PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR PROTEGIDO	49
ANEXO N° 3: ORIENTACIONES PARA INCORPORAR EL TRABAJO COMUNITARIO A LAS PRÁCTICAS DE LOS PROGRAMAS SOCIALES DE LAS FUNDACIONES HOGAR DE CRISTO.	57
ANEXO N° 4: MARCO LEGAL INTERNACIONAL	70
ANEXO N° 5: LEY N° 20.422 QUE ESTABLECE NORMAS SOBRE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES E INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	75
ANEXO N° 6: PLAN INDIVIDUAL DE TRABAJO	77
ANEXO N° 7: MANUAL DE ADMINISTRACIÓN Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS EXCLUSIVO PARA HOGARES PROTEGIDOS SUPERVISIÓN 24 HORAS.	84
ANEXO 8: DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES DE PROGRAMAS HOGAR PROTEGIDO	91
ANEXO 9: NORMAS DE CONVIVENCIA PARA HOGAR PROTEGIDO	93
ANEXO N° 10: PROTOCOLOS DE ACCIÓN	94
ANEXO N° 11: FORMULARIOS Y DOCUMENTOS TIPO	132
ANEXO N° 12: DESCRIPTORES DE CARGO.	176
ANEXO N° 13: FORMATO RETROALIMENTACIÓN MODELO TÉCNICO	184

PRESENTACIÓN

OBJETIVO DEL DOCUMENTO

En este documento se encuentran los procedimientos y estándares para la operación del Hogar Protegido. Las pautas, criterios y acciones que aquí se describen buscan compartir las buenas prácticas desarrolladas por los equipos y así dar a conocer las intervenciones con este grupo humano, dentro de un marco de calidad que resguarde el cumplimiento de la misión institucional.

A QUIÉNES ESTÁ DIRIGIDO

Está dirigido a los equipos de trabajo de la Fundación Rostros Nuevos (directivos, jefes de programa, técnicos, profesionales, monitores, personal de servicios y voluntarios/as) que desarrollan el trabajo directo con las personas acogidas, así como también a las personas o instituciones que estén interesadas o deseen aproximarse al trabajo con personas con discapacidad psíquica y/o intelectual.

RETROALIMENTACIÓN

El trabajo que desarrollamos al servicio de las personas con discapacidad psíquica y/o intelectual en situación de pobreza y exclusión social, requiere de una revisión constante a las metodologías y procesos de intervención que se realizan. Por ello se efectuarán actualizaciones cada dos años de este documento a fin de incorporar aportes que permitan una mejora continua de la efectividad y eficiencia del modelo presentado. El formato de retroalimentación se encuentra en el anexo N° 13 de este documento.

FUNDAMENTACIÓN DE EL HOGAR PROTEGIDO

RELEVANCIA DEL HOGAR PROTEGIDO

De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, el 13% de la población mundial presenta algún tipo de trastorno mental¹ (OMS, 2011); adicionalmente, la misma organización indica que las enfermedades mentales afectan en mayor grado a los grupos poblacionales pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos. Esta primera aproximación nos da una idea de la magnitud del problema, así como la relación entre pobreza y quienes viven con algún diagnóstico de tipo psiquiátrico o intelectual, no obstante, la Fundación trabaja desde el concepto de discapacidad mental, la cual será comprendida como un concepto que evoluciona y “es el resultado de la interacción entre las personas con impedimentos y las barreras debidas a la actitud y el entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en pie de igualdad con las demás” (ONU 2006).

Es por ello que nuestro foco está centrado en la disminución y/o eliminación de las barreras culturales que impactan en esta población. Particularmente en Chile existen 222.981 personas que presentan discapacidad mental, de los cuales 91.845 presenta pobreza de tipo monetaria y/o multidimensional (CASEN 2013). Si consideramos las personas que tienen dependencia moderada y severa, y además algún tipo de pobreza, el 33,9% de ellos requiere de algún tipo de solución residencial, lo que equivale a 31.135 personas, no obstante respecto de la oferta nacional para este tipo de dispositivos, el WHO AIMS 2011 indica que hay 1.160 plazas en Hogar Protegido, 540 en Residencia Protegida y 72 en Hogares Forenses.

El Plan Nacional de Salud Mental 2000-2010 generó importantes avances desde un enfoque de psiquiatría comunitaria; con una reducción de la cantidad y tamaño de los Hospitales Psiquiátricos y la implementación de Hogares y Residencias Protegidas insertos en la comunidad. Esto permitió comenzar un proceso de descentralización y desinstitucionalización hospitalaria para dar paso a nuevos espacios que habiliten la inclusión social del individuo. Estos espacios necesariamente deben estar orientados a que la persona con discapacidad mental sea lo más autónoma posible dentro de sus capacidades e intereses. No obstante, estos sistemas residenciales no han logrado dar abasto a la demanda existente debido a que, como se indicó anteriormente, los cupos con los que se cuenta a nivel nacional resultan insuficientes.

En Rostros Nuevos sabemos que las causas y soluciones a la problemática de la discapacidad mental son múltiples y complejas, y tienen resonancias biológicas, psicológicas y sociales. Es por esto que el trabajo no se agota en la “intervención” con la persona con discapacidad mental (en adelante PcDM), sino más bien implicar un trabajo con redes primarias, secundarias e institucionales del territorio; con el objetivo de lograr que le provean apoyo social, así como garantías y servicios que favorezcan a su autonomía.

Consecuentemente a lo anterior, las múltiples necesidades que surgen en una persona con discapacidad mental implica que la persona este permanentemente conectada con un sistema integrado de servicios que respondan a sus necesidades en concordancia con sus grados de autonomía y dependencia, y con ello, una oferta de servicios de apoyo en modalidad ambulatoria, domiciliaria y residencial en la que confluyan redes y actores asociados al territorio donde habita la persona.

Gran parte de las necesidades específicas de las personas con discapacidad Mental requieren de una acción social con otros y de la corresponsabilidad de estos actores, sin ello las gestiones específicas de salud (física o mental) no serían suficientes para potenciar su desarrollo integral. Es por esto que el Hogar Protegido opera bajo una lógica de

¹ Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización. (OMS, 2001)

FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA

El Hogar Protegido busca otorgar condiciones residenciales dignas a personas con discapacidad mental leve o moderada, en el respeto de sus derechos y garantías sociales que les permitan desarrollar habilidades orientadas a su autonomía e inclusión social en un espacio habitacional protegido de un territorio determinado, Está orientado a personas con discapacidad mental que no cuentan con el apoyo de sus familias y requieren resolver sus necesidades de vivienda, seguridad y apoyo de manera permanente.

La estrategia de apoyo del Hogar Protegido incluye acciones para la mantención de la salud física y mental de sus acogidos, así como también el desarrollo de habilidades sociales y personales, básicas e instrumentales y la vinculación con los espacios comunitarios asociados al territorio donde residen, todo esto dentro de un contexto donde se busca normalizar la vida de las personas dentro de un ambiente protegido, en el cual puedan contar con la seguridad de recibir abrigo, alimentación, de vincularse con otras personas y de realizar una vida dentro de su territorio, ya que tanto el programa como la intervención con las personas que participan en él, sucede en un espacio que posee características sociales propias, lo que implica comprender el programa en una articulación dinámica con instituciones, organizaciones y personas.

El enfoque de Redes es fundamental para comprender el funcionamiento del Hogar Protegido, ya que este considera una red como “un sistema de relaciones e interacciones que mantiene un cierto grupo de personas, ya sea a través de vínculos de trabajo, entrega o recepción de servicios, proximidad física, etc. las cuales son potencial de apoyo social que brinda beneficios emocionales, materiales e informacionales entre sus miembros” (falta la cita). Este sistema de vínculos también puede darse entre organizaciones e instituciones o sistemas sociales menores, sin embargo, los lazos comunicacionales de intercambio e interacción siempre se dan entre las personas que se contactan. Sumado a esto, el enfoque comunitario se convierte en un marco teórico/practico que guía dicha articulación² el cual se basa en la definición de comunidad entendida como “un sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en el seno de la sociedad de la que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: localidad geográfica (vecindad), interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones”³

Los procesos mencionados en párrafo precedente, se relacionan directamente con el Enfoque de Derechos, el cual busca la participación activa e integradora de las personas con discapacidad psíquica y mental en la sociedad y para esto hay que partir del reconocimiento de los derechos de las personas y sus capacidades, respetando sus motivaciones e intereses personales como respuesta a sus historias de vida.

² El enfoque de Psiquiatría Comunitaria se define en Anexo n° 2

³ Sánchez, A. (1996). Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. EUB. Barcelona

Para el funcionamiento del Hogar Protegido, el Enfoque de Redes, de Derechos y el Enfoque Comunitario se complementa con el enfoque de Tratamiento Asertivo Comunitario, el cual busca una aproximación integral a la intervención de PcDM, así como también con el enfoque de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Social, cuyo objetivo es reforzar las habilidades del individuo y desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerle en su entorno, este enfoque implica ayudar a las personas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (AEN, 2002). Por otro lado, se complementa con el Enfoque de pobreza, vulnerabilidad y deterioro biopsicosocial, con el cual se hace hincapié en que las personas acogidas por el programa, son personas que han vivido su discapacidad en contextos de deprivación sociocultural y son efecto de un sistema desigual que les excluye y limita sus posibilidades de ser actores sociales activos. La situación de vulnerabilidad en la que se encuentran implica que vivan en constante riesgo a ser dañados por factores internos que tienen que ver con el deterioro progresivo e inherente a su patología, como por factores externos como es la discriminación y exclusión social⁴ (Busso, 2001).

⁴ Manuel Castells define situación de exclusión como "... el proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado" (2001).

POBLACIÓN OBJETIVO

POBLACIÓN OBJETIVO

Personas con discapacidad mental leve a moderada⁵, con débiles o inexistentes vínculos familiares, mayores de 18 años, compensados clínicamente, que se encuentren en situación de pobreza monetaria y/o multidimensional y que requieren acompañamiento y supervisión y no cuenten con las habilidades ni el soporte para vivir en forma independiente.

De acuerdo al tipo de dependencia de la totalidad de sus integrantes, los hogares protegidos se diferencian en cuatro tipos de apoyo: En primer lugar Hogares de apoyo permanente 24 horas, Hogares de apoyo nocturno, Hogares con apoyo algunas horas al día y por último, Hogares con apoyo algunas horas a la semana.

FOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA

La modalidad Hogar Protegido (HP) en su mayoría se encuentra en convenio con algún Servicios de Salud, los que se espera cuenten –según norma técnica- con un comité de discapacidad, el que está conformado por miembros provenientes del mismo Servicio. Es este comité es el que organiza y prioriza los ingresos a los hogares en convenio⁶. No obstante lo anterior, Rostros Nuevos, busca priorizar los siguientes criterios de aceptación, que asegure el cumplimiento de nuestra misión.

CRITERIOS DE ACJPTACIÓN	DE	CRITERIOS DE RECHAZO	ORIENTACIÓN
Condición de discapacidad mental leve a moderada.		Trastorno generalizado del desarrollo (Espectro autista). Trastorno de personalidad antisocial. Trastorno de conducta y de control de impulso severo ⁷ .	Informar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que estos perfiles requieren un manejo y personal adecuados a su perfil.
Vivir en situación de pobreza monetaria y/o multidimensional ⁸ .		No presentar situación de pobreza monetaria y/o multidimensional.	Señalar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que Rostros Nuevos está llamado a trabajar con personas en situación de pobreza monetaria y/o multidimensional. Si se realiza la solicitud desde la familia u otra persona vinculada a la PcDM, se le orientará respecto a alternativas residenciales pagadas.

⁵ Se entenderá por persona con discapacidad leve a aquella que presenta entre 5% y 24% de restricciones en la participación o limitaciones en las actividades propias de su edad a causa de sus condiciones de salud y por persona con discapacidad moderada a aquella que presenta entre 25% y 49% de restricciones en la participación o limitaciones en las actividades propias de su edad a causa de sus condiciones de salud.

⁶ Es importante entregar a la persona que consulta el referente y datos de contacto de la persona responsable del Comité por territorio.

⁷ Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA.

⁸ Personas que cumplen con al menos dos criterios de vulnerabilidad Hogar de Cristo, que se encuentren en situación de pobreza monetaria y/o pobreza multidimensional.

Ausencia de habilidades para vivir en forma independiente y para asumir cuidados básicos de sí mismo.	No tienen necesidad de protección y/o cuidados permanentes.	Informar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que el Hogar Protegido otorga servicios para promover la vida independiente, por lo que, de cambiar la condición de la personas se podrá repostular a la Fundación.
Necesidad de apoyo o acompañamiento para vivir de manera autónoma.	Personas que requieren apoyo permanente y/o cuidados de enfermería.	Informar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que el Hogar Protegido se orienta al trabajo con personas que requieren apoyo o acompañamiento para vivir de manera autónoma y se recomendará postular a la persona a una Residencia Protegida.
Personas mayores de 18 años.	Menores de 18 años.	Informar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que el Hogar Protegido trabaja exclusivamente con adultos mayores de 18 años. En el caso que sean derivadas personas mayores de 60 años Informar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud la importancia de postular a la persona a una instancia de atención geriátrica.
Cuadro clínico compensado o en vías de estabilización.	Cuadro clínico descompensado.	Informar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que el Hogar Protegido no tiene el personal e infraestructura adecuada para tratar la necesidad de compensación clínica. Una vez que la persona se encuentre en vías de estabilización o compensado será posible postularlo a la Fundación.
No poseer consumo problemático activo de sustancias durante el último mes o encontrarse en un proceso de tratamiento.	Presencia de consumo activo y problemático de sustancias durante el último mes, que no ha sido tratado.	Informar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que el Hogar Protegido no tiene el personal e infraestructura adecuada para tratar el consumo problemático. Una vez que la persona tenga controlado su consumo será posible postularlo a la Fundación.
Ingreso consentido por la PcDM o, en caso de que no pueda expresarse, por su tutor responsable ⁹ .	Oposición sostenida ¹⁰ al ingreso por parte del residente.	Señalar al Comité de Discapacidad del Servicio de Salud que el Hogar Protegido no acepta el ingreso forzado de las personas.

⁹ Tutor o persona responsable: Persona que se encuentra a cargo del postulante y/o significativa para él; y que solicita el ingreso de este al programa.

¹⁰ Es muy probable que algunos postulantes inicialmente no estén de acuerdo con su ingreso al programa. Por esto, el equipo deberá realizar todos los esfuerzos y estrategias para mostrarle la conveniencia de su incorporación.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVO GENERAL	INDICADOR DE RESULTADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Personas cuentan con condiciones residenciales dignas, en el respeto de sus derechos y garantías sociales, desarrollando o manteniendo habilidades que permitan la mayor autonomía posible en un espacio habitacional protegido en un territorio determinado.	<p>% de personas que cuentan con condiciones residenciales dignas.</p> <p>% de personas que desarrollan o mantienen habilidades orientadas a una mayor autonomía posible.</p>	Plan Individual de Trabajo (PIT) ¹¹

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR DE RESULTADO	RESULTADOS ESPERADOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Personas cumplen con condiciones de acogida residencial de acuerdo a estándares de la Fundación.	% de personas que cumplen condiciones de acogida residencial asociadas a la Norma Técnica de Hogares Protegidos de Minsal.	<p>1.1. Personas comparten un inmueble con un número máximo de 8 personas.</p> <p>1.2. Personas comparten habitación en un número no superior a 2 personas.</p> <p>1.3. La casa dispone de al menos dos baños, una sala de estar, una cocina, cuatro dormitorios y un comedor.</p> <p>1.4. Personas satisfacen sus necesidades de alimentación.</p> <p>1.5. Personas cuentan con servicios básicos de agua, electricidad, teléfono y calefacción.</p> <p>1.6. Personas que requieran mayor asistencia cuentan con equipamiento necesario.</p>	Anexo N° 5: Pauta de cotejo para acogida en Hogar Protegido.

¹¹ Ver Anexo 6: Plan Individual de Trabajo.

	% de personas toman un rol activo en la mantención de su espacio habitacional.	<p>1.7 Personas cuentan con espacios seguros, limpios y cuidados.</p> <p>1.8 Personas toman un rol activo en organización del orden, la mantención diaria, limpieza y decoración de los espacios comunes de la casa.</p>	<p>Plan individual de trabajo.</p> <p>Registro de trabajo individual.</p>
Personas desarrollan habilidades personales, de acuerdo a sus capacidades, que favorecen su inclusión social.	% de personas que desarrollan o mantienen habilidades personales, de acuerdo a sus capacidades y condición de salud.	<p>2.1 Persona desarrolla habilidades asociadas a la comunicación y la comprensión de ideas y tareas básicas.</p> <p>2.2. Persona adquiere capacidad para moverse en su entorno.</p> <p>2.3. Persona realiza actividades básicas de cuidado personal.</p> <p>2.4. Persona desarrolla habilidades básicas para relacionarse con otras personas.</p> <p>2.5. Personas realizan actividades básicas de la vida diaria.</p> <p>2.6 Personas cuentan con herramientas para participar en la sociedad</p>	<p>Plan individual de trabajo.</p> <p>Registro de trabajo individual.</p> <p>Who-Das II.</p>
Personas acceden a garantías sociales del Estado.	% de personas que acceden a servicios de protección social de acuerdo a sus necesidades e intereses y capacidades.	<p>3.1. Personas con Registro Social de Hogares actualizado.</p> <p>3.2. Personas con Pensión básica solidaria (en los casos que corresponda).</p>	<p>Documento que respalde vigencia de RSH en carpeta individual.</p> <p>Colilla de pensión.</p>

		3.3. Personas inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad.	Fotocopia de credencial o certificado de registro.
		3.4 Personas que acceden a prestaciones de salud garantizadas por el Estado.	Documento que respalde su acceso a garantías de Salud.
Personas desarrollan vínculos sociales de acuerdo a sus capacidades e intereses.	% de personas que desarrollan vínculos sociales, al menos una vez al mes, de acuerdo a sus motivaciones e intereses. ¹² .	4.1 Personas realizan acciones que favorecen el desarrollo de vínculos sociales.	Plan individual de trabajo. Registro de trabajo individual.
Personas cuentan con espacios de participación de acuerdo a sus capacidades e intereses.	% de personas que se vinculan con redes formales. % de personas que se vinculan con redes informales de su territorio. % de personas que participan en espacios de opinión.	5.1 Personas se vinculan con redes institucionales de su territorio. 5.2 Personas se vinculan con redes funcionales de su territorio. 5.3 Personas manifiestan su percepción respecto a su satisfacción general con la atención recibida del Hogar Protegido. 5.4. Personas manifiestan su percepción respecto al trato recibido del Hogar Protegido. 5.5 Personas manifiestan su percepción respecto a la infraestructura del Hogar Protegido. 5.6 Personas manifiestan su percepción respecto a los espacios de opinión gestionadas por el Hogar Protegido..	Plan individual de trabajo Registro de trabajo individual. Resultados de componente “Satisfacción general” de Encuesta de Satisfacción de usuarios. Resultados de componente “Trato” de Satisfacción de usuarios. Resultados de componente “Infraestructura” de Satisfacción de usuarios.

¹² Se comprenderá por Persona significativa a quien la PcDM define e identifica (o en conjunto con ella) pudiendo ser familia, amistades, personas asociadas a instituciones sociales, educacionales, de salud o religiosas que influyan positivamente al desarrollo de capacidades e inclusión social de la PcDM.

			Resultados de componente "Participación" de Satisfacción de usuarios.
<p>Personas identifican y desarrollan recursos espirituales de acuerdo a sus necesidades e intereses.</p>	<p>% de personas que participan de espacios gestionados por el programa para el desarrollo de sus recursos espirituales.</p>	<p>6.1. Personas participan de espacios que favorecen el reconocimiento del valor de su propia historia.</p> <p>6.2. Personas participan de espacios que favorecen el reconocimiento del valor de su propia vida.</p> <p>6.3. Personas participan de espacios que favorecen el reconocimiento de sus sueños y esperanzas.</p> <p>6.4. Personas participan de espacios que favorecen el reconocimiento la importancia de encuentro con el otro.</p>	<p>Plan individual de trabajo.</p> <p>Registro de trabajo individual.</p>

METODOLOGÍA.**PRINCIPIOS ORIENTADORES****Valores que fundan el trabajo con personas con discapacidad mental.**

Todo el quehacer social de las Fundaciones Hogar de Cristo se inspira en la visión de promover “Un País con Respeto, Justicia y Solidaridad”, y se orienta por el carisma del Padre Alberto Hurtado, cuyo fundamento señala que cada persona es un ser único, hecho a imagen y semejanza de Dios, y como tal debe ser tratado.

La Fundación Rostros Nuevos ha asumido esta visión, acogiendo y potenciando el desarrollo de las personas con discapacidad mental en situación de vulnerabilidad y exclusión social, construyendo espacios, desde un enfoque comunitario que permitan su vinculación, participación e integración social, con respeto pleno de sus derechos. Todo ello, con el fin de crear conciencia, compromiso y corresponsabilidad respecto de esta realidad, para fomentar la construcción de un país más inclusivo, fraterno y solidario hacia la reinserción de las personas con discapacidad mental.

Bajo esta visión, el actuar de la institución se sustenta en siete valores corporativos: Solidaridad – Compromiso – Espíritu Emprendedor – Respeto – Justicia – Transparencia – Trabajo en Equipo y en el trabajo con Personas con Discapacidad Mental, estos valores se expresan así:

Solidaridad

Desde Rostros Nuevos actuamos con prontitud y entrega frente a las necesidades de las PcDM, poniendo nuestro trabajo al servicio de los demás y trabajando con entusiasmo para el fortalecimiento de los lazos que unen al individuo con la comunidad porque entendemos la necesidad de este fortalecimiento como parte de la inclusión socio-comunitaria, siendo la solidaridad un aspecto clave de este proceso.

Desde el Hogar Protegido se favorecerá el reconocimiento del otro, desde el respeto y convivencia con la diferencia, lo cual implica desarrollar la empatía y la responsabilización por la vida del otro, tanto desde las personas que son parte del programa hacia su comunidad y vecinos, como también desde los vecinos hacia su comunidad mediante acciones de sensibilización en el tema, la vinculación en el programa.

Compromiso

Desde Rostros Nuevos desarrollamos el trabajo con PcDM con profesionalismo y entrega. Nos proponemos trabajar de manera respetuosa, responsable y eficiente hacia el residente y la institución, cumpliendo de forma oportuna los acuerdos adquiridos con las personas de los programas.

Desde el Hogar Protegido se fomentará el compromiso que la persona tenga con sus procesos asociados a su Plan Individual de Trabajo y desde este se fomentará el compromiso social, favoreciendo su involucramiento con el bienestar social, particularmente desde su comunidad o territorio, lo que implica empatizar y comprender las dificultades o necesidades del otro en función de su bienestar.

Espíritu Emprendedor

Desde Rostros Nuevos trabajamos proactivamente en la búsqueda de alternativas que incidan en una mejora de las condiciones de vida de las PcDM. Brindamos condiciones para su inclusión social, siempre respetando su voluntad y favoreciendo sus proyectos personales.

Desde el Hogar Protegido, se asume que las personas que acogen están marcadas por historias de pobreza y exclusión, por lo que es necesario desarrollar un espíritu emprendedor desde el valor de la resiliencia, (entendida como capacidad de adaptarse a situaciones adversas) lo que implica focalizar sus búsquedas para el desarrollo de recursos personales y ambientales de la persona, sus terceros significativos y la comunidad (Gonzalez, 2005) a modo de construir un proyecto de vida que tenga sentido con las necesidades y capacidades de cada participante .

Respeto

Desde Rostros Nuevos sostenemos una actitud cercana en el trato, una orientación a la empatía y disposición para apoyar las opciones e intereses de las personas. Valoramos a las PcDM en su dignidad universal y en sus particularidades, respetando sus decisiones, las circunstancias de vida y sus procesos personales. Situamos a la persona que padece una discapacidad mental en su condición de sujeto de dignidad, que está en circunstancia de una fragilidad específica. (Etxeberría Mauleon, 2008).

Desde el Hogar Protegido es necesario entregar herramientas a las personas para aprender a respetar, a comprender al otro, a valorar sus intereses y necesidades. Esto significa que el respeto debe nacer de un sentimiento de reciprocidad y ser mutuo entre trabajadores y participantes, y entre compañeros de hogar y también con las personas de su comunidad. Se debe fomentar el respeto a la diversidad de ideas, opiniones y maneras de ser.

Justicia

Desde Rostros Nuevos entendemos la Justicia como la primera virtud de las instituciones sociales (Rawls), relevamos los derechos de cada una de las personas con las que trabajamos, proveemos de condiciones para la igualdad de oportunidades, promoviendo y reconociendo a las PcDM como sujetos de derechos, desestigmatizándolos y abogando por contrarrestar la imagen negativa que de ellos se forma la sociedad.

Entendemos que el trabajo con esta población trasciende el asistencialismo, convirtiéndose en una búsqueda permanente de justicia social.

Desde el Hogar Protegido, se reconocerán a las personas que participan de este programa como sujetos de derechos, y se promoverá el respeto de quienes habitan en la comunidad, se avanzará hacia la reducción del estigma con personas que presentan discapacidad mental y los prejuicios asociados a su vinculación en la comunidad.

Transparencia

Desde Rostros Nuevos fundamos nuestro trabajo en la verdad y honestidad en las relaciones con los otros. Somos coherentes en nuestro decir y nuestro hacer, y promovemos el acceso a la información y la participación de todos los actores involucrados en los procesos de la Fundación.

Desde el Hogar Protegido se reproduce este valor en los procesos internos del programa, utilizando la honestidad, la información y la participación como elemento fundamental para desarrollar las confianzas al interior del Hogar.

Trabajo en equipo

Desde Rostros Nuevos trabajamos para el logro de un objetivo común que es el desarrollo de las potencialidades de las PcDM y para ello, es que obramos en base a la confianza y colaboración de los actores involucrados. Trabajamos de forma coordinada e interdisciplinaria, aprendiendo y complementando enfoques y experiencias.

Desde el Hogar Protegido, se busca promover el trabajo en equipo desde la solidaridad y el compañerismo entre y hacia sus pares y de igual hacia la comunidad.

EJES TRANSVERSALES EN EL TRABAJO CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL**Desarrollo de Capacidades**

Entendemos que las capacidades habilitan a las personas para usar sus activos y recursos y, de esta manera, incrementar su bienestar.

La gran mayoría de las personas usuarias de programas sociales han sufrido el aislamiento derivado de la estigmatización y de periodos prolongados en situación de calle y/o en hospitales psiquiátricos asilares, lo que ha minado su autovaloración y autonomía. Por esto, el trabajo en el Hogar Protegido parte de la premisa que junto con la discapacidad hay capacidades que están a la espera de ser reconocidas, potenciadas y desarrolladas. Entiende que cada persona es sujeto de derechos y como tal debe desarrollar el máximo de sus potencialidades para insertarse digna y satisfactoriamente en la sociedad. Por esto, el trabajo parte de la premisa que junto con la discapacidad hay capacidades que están a la espera de ser reconocidas, potenciadas y desarrolladas. Cada persona es sujeto de derechos y como tal debe desarrollar el máximo de sus potencialidades para insertarse digna y satisfactoriamente en la sociedad. En este sentido el Hogar Protegido buscará desarrollar sus habilidades básicas de la vida diaria y sus habilidades instrumentales a modo de favorecer sus procesos de inclusión social en su comunidad. Esto, se puede observar en el segundo Objetivo específico del Modelo en el cual se esperará que las personas desarrollen capacidades que favorecen su inclusión social mediante el desarrollo de habilidades básicas de la vida diaria, para relacionarse con otros y con ello, participar en la sociedad.

Participación y empoderamiento

La participación social es un ejercicio que favorece el intercambio y la transformación, generando las condiciones para el empoderamiento de las personas con discapacidad mental respecto de su medio y país.

La participación y organización ayuda a personas con discapacidad mental a superar su marginación social, accediendo a estructuras de oportunidades que la comunidad les entrega (en el ámbito de la protección social, de la vida en comunidad y espacios laborales acordes a sus motivaciones e intereses). Las personas empoderadas tienen la capacidad de tomar libremente decisiones en relación a su forma de vivir, pensar y actuar; tienen control sobre los recursos que poseen y son protagonistas de sus propias vidas. En el Hogar Protegido, mediante su tercer objetivo específico, se desarrollarán estrategias para que las personas accedan a servicios de protección social de acuerdo a sus necesidades e intereses y se fomentará la participación de las personas en las decisiones y acciones que se tomen dentro de este espacio, mediante la realización periódica de asambleas entre los compañeros de Hogar y funcionarios.

Fortalecimiento de vínculos e integración social

El programa promueve la vinculación de las PcDM con sus redes sociales, apuntando hacia la rearticulación y fortalecimiento de los lazos y vínculos que sostienen las personas con las instituciones sociales básicas a través de procesos de habilitación psicosocial. La mantención de vínculos significativos, que entregan apoyo y un sentido de pertenencia, se presenta como un factor protector que juega un rol fundamental en el proceso de intervención y apoyo que contribuye al bienestar de las personas con discapacidad mental.

Así, el Hogar Protegido estimula la vinculación de los residentes con los servicios y actividades brindadas por el Estado, la comunidad y las familias y personas significativas que configuran su contexto social de referencia. Por esto las acciones deben darse en un ambiente normalizador, inserto en la comunidad, “de manera de garantizar el respeto de sus derechos humanos básicos y facilitar en el entorno el aprendizaje socio-cultural necesario para su

integración” (MINSAL, 2006). Para ello, en el Hogar Protegido se priorizará la vinculación de la persona con otros significativos mediante su cuarto objetivo específico.

Protección y promoción de Derechos

El trabajo con personas con discapacidad mental se posiciona en un marco ético general con asiento en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, la cual es Estado Chileno adscribe en noviembre del 2008. Desde allí se compromete a adoptar medidas que facilitan el cumplimiento de lo señalado por la convención. Esta se sustenta en la declaración universal de los DDHH y en los pactos internacionales de los Derechos Económicos, Políticos y Civiles. Establece que su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los DDHH y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, además de asegurar y promover el ejercicio pleno de ciudadanía Por parte del sujeto.

Por esto, el Hogar Protegido promueve, en cada una de sus actividades, el respeto pleno a los DDHH de todas las personas creando estrategias de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción en salud mental que le permitan a los sujetos participar del mundo social al que pertenecen. Este eje se traduce en el quinto objetivo específico, el cual busca promover el acceso a derechos sociales como trabajo y educación y la vinculación de las personas con redes formales o informales, mediante la cual es posible el disfrute del patrimonio social, económico y cultural del territorio en el que habita.

Espiritualidad en la acción social

Entendemos por espiritualidad en la acción social, la búsqueda de sentido y trascendencia del ser humano en los diferentes ámbitos de la vida que aporte a su integralidad y reconocidas en las siguientes dimensiones: Mi historia, el valor de mi propia vida, mis sueños y esperanzas y el encuentro con el otro.

Es necesario el desarrollo de estos elementos en las personas del Hogar Protegido, ya que con ellos es posible fomentar el encuentro consigo mismos desde un encuentro verdadero con otros, y que mediante este proceso le den trascendencia a la experiencia de vida. Para ello, el sexto objetivo específico del Modelo Técnico invita a participar de espacios gestionados por el programa para el desarrollo de los recursos espirituales de cada participante.

Mi historia

En nuestra fundación existe un amplio perfil de residentes con diferentes habilidades cognitivas y auto-valencia. Esto significa que no todos ellos pueden reconocer aquellas experiencias vitales que marcaron sus vidas, ni las luces y sombras que hay en ella; tampoco se puede usar la memoria ni la auto-biografía como herramientas en todos los casos.

Por esto, planteamos como una condición mínima, respecto de la historia, que puede ser compartida por todos los residentes, el desarrollo de su conciencia de enfermedad; de esta manera, al asumir la enfermedad como parte fundamental de su propia historia y experiencias, los otros elementos pueden ser desarrollados con posterioridad por aquellos residentes que estén en condiciones de hacerlo.

El valor de mi propia vida

Los residentes deben ser capaces de reconocer sus talentos y capacidades. Tener confianza y aceptación de sí mismos; de esta manera iniciar o mantener una relación de confianza cuyo vínculo sea una verdadera oportunidad de transformación.

La valoración de la reconciliación y apertura a la experiencia del perdón, con ellos mismos y con otros cuya presencia o historia hayan afectado o complejizado su propia vida, a la luz de su historia, de la mirada y amor de otro (hijo, esposo, padres, amigos) y del amor de Dios manifestado en ellos.

Debe haber una responsabilidad con sus talentos y capacidades, de tal manera que los pongan al servicio de su propio proyecto de vida y del proyecto comunitario; en este sentido, la ocupación humana es fundamental para los residentes (experiencia que llega a su máxima expresión en la integración laboral).

El que los residentes valoricen su propia historia permite que se movilicen; esto es que puedan elaborar e integrar dentro de su proyecto de vida y de su Plan de Intervención su motivación y compromiso con su propio proceso. Es necesario que los residentes puedan reconocer y aceptar la ayuda de otro y también pueden brindarse apoyo mutuo.

Mis sueños y esperanzas

Trabajar con los sueños y esperanzas permite al residente plantearse desafíos. Para ello se incluye en los Planes de Intervención un trabajo de priorización basados en su motivación, de manera que puedan movilizarse en torno a sus aspiraciones.

Encuentro con el otro

Promover una relación de reciprocidad y satisfacción mutua en la relación con el otro, disminuyendo las experiencias basadas en la carencia. El residente puede disponerse al acercamiento y encuentro con otros residentes, con voluntarios y con otras personas de la comunidad. Así mismo puede reconocer en el encuentro con el otro, la posibilidad de enriquecer su propio desarrollo y aprendizaje y el aporte a la vida de otro.

PERSPECTIVAS PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR PROTEGIDO

El trabajo del Hogar Protegido se fundamenta en los siguientes enfoques teóricos, mediante los cuales el Programa sostiene su modelo de trabajo en discapacidad mental. Estas perspectivas se ajustan a los principios del Plan Nacional de Salud Mental y Norma técnica de Ministerio de Salud para HP, éstas serán profundizadas en el Anexo número 2 junto con los enfoques de Redes Sociales y de Derechos.

Enfoque Psiquiatría Comunitaria

Este enfoque nace como alternativa al modelo hospitalario predominante hasta hace algunas décadas que privilegiaba la institucionalización del acogido, en atención a criterios de orden social, sin poner énfasis en las diferencias entre cada residente y a las consecuencias negativas del encierro en la salud mental. Con el enfoque comunitario, y la reestructuración de los sistemas de asistencia y apoyo para las personas con Discapacidad y Trastornos Psiquiátricos Severos, se pretende evitar toda forma de institucionalización, reduciendo la hospitalización a un mínimo estricto, y enfatizando la necesidad de que las personas con discapacidad se reintegren a sus contextos sociales y comunitarios, y de que las comunidades reconozcan y valoren a todos sus miembros, incluidos aquellos que padecen algún tipo de discapacidad mental.

Esta alternativa se propone explícitamente re-situar a la persona con discapacidad en un contexto relacional-social, en donde el individuo, su núcleo familiar y su comunidad pueden jugar un papel activo en su bienestar y recuperación.

Desde el Hogar Protegido este enfoque se traduce en esfuerzos concretos para el desarrollo de habilidades y herramientas en las personas - de acuerdo a sus capacidades-, que les permitan reconocerse como protagonistas de su propia historia y como actores dentro de su medio social, insertándose activamente en su comunidad.

Enfoque de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Social

Bajo el prisma comunitario, la rehabilitación es necesaria pues permite que las personas con discapacidad puedan reinsertarse y mantenerse en la comunidad a la que pertenecen, con la mayor autonomía y calidad de vida posibles. Para Caplan (1974) un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales, y al proporcionar *feedback* acerca de la propia identidad y desempeño. (Gracia, E.; Herrero, J Y Musitu, G. (1995.)

La rehabilitación psicosocial se orienta básicamente “a que la persona pueda recuperar sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias y capacidades que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno, a la vez que se trabaja con este entorno para que genere recursos y apoyos que faciliten el desempeño y la integración del individuo mediante la construcción de nuevas forma de relación” (MINSAL, 2006) A esta perspectiva subyace un cambio en la concepción del ‘enfermo mental crónico’: de considerarlo un objeto-acogido con una limitada capacidad para manejar su entorno, pasa a ser un sujeto-residente activo en el ejercicio de sus derechos ciudadanos en un plano de igualdad” (MINSAL, 2006, pág. 13).

De este modo, en el Hogar Protegido este enfoque puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto.

Enfoque de Pobreza, Vulnerabilidad y Deterioro Biopsicosocial

La noción de vulnerabilidad ha cobrado mucha relevancia a la hora de comprender los procesos que subyacen y explican la pobreza. Nosotros, con la mirada puesta en el caso específico de las PcDM, entendemos esta idea de forma amplia, “ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado (...) como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar” (Busso, 2001). Las PcDM que viven en condiciones de pobreza y han sido excluidos de la participación y aprovechamiento de los recursos sociales, viven en una situación aguda de vulnerabilidad, amplificada por el daño biopsicosocial asociado a su condición de discapacidad.

Desde este enfoque, el Hogar Protegido debe trabajar desde el Espíritu emprendedor y la Resiliencia como valores que contribuyen a reconstrucción de confianzas desde la persona con discapacidad (que ha sufrido altos niveles de vulnerabilidad a lo largo de su vida) hacia la sociedad en su conjunto, estableciendo vínculos y permitiendo que la persona pueda definir metas acordes a sus necesidades o intereses.

Perspectiva de Tratamiento Asertivo Comunitario

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un modelo de entrega de servicios de salud mental orientado a la recuperación y centrado en el cliente, que ha recibido comprobación empírica substancial a la hora de facilitar la vida en comunidad, la rehabilitación psicosocial y la recuperación de personas que tienen las enfermedades mentales más serias, tienen síntomas y discapacidades severas, y no se han beneficiado con los programas tradicionales de atención (Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care, 2005)

Más que un enfoque o una perspectiva, hablamos de una metodología concreta de trabajo que se materializa y es canalizada por un Equipo Asertivo Comunitario (EAC). Existen elementos estratégicos adaptables a al trabajo del Hogar Protegido, en lo fundamental, la propuesta asertivo-comunitaria se basa en la adaptación al sujeto y el acompañamiento continuado en todas sus actividades, siempre en su ambiente comunitario natural a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales posibles.

MÉTODO: ETAPAS DEL PROCESO DE TRABAJO EL HOGAR PROTEGIDO

El trabajo en el Hogar Protegido se ordena según estas cinco etapas, en la secuencia señalada, de modo que no se inicie una etapa sin haber completado las acciones y criterios de la etapa anterior.



ETAPA	DESCRIPCION
1. POSTULACIÓN	<p>Esta etapa comienza cuando el Jefe de Programa Social es informado por el Comité de Discapacidad con respecto de la intención de derivar a una persona a Hogar Protegido o respecto de la aprobación de una persona postulada por el jefe de programa al comité de discapacidad. Ocurrido lo anterior, el Jefe de Programa confirma vacante, solicita Ficha Única de Postulación (FUP) para revisar el cumplimiento de criterios básicos de focalización para Hogar Protegido definidos en Modelo Técnico.</p> <p>Una vez confirmada la focalización solicita un Informe Social, Informe Médico, Fotocopia de Cédula de Identidad y Fotocopia de Colilla de Pensión, documentos que serán incluidos en la Carpeta Individual del postulante. El jefe de Programa social se apoyará para su revisión en profesionales del área de salud de la red como por ejemplo COSAM, CESFAM, centros de educación superior en convenio, según lo estime conveniente para la mayor certeza y claridad para la confirmación de ingreso.</p> <p>Con la claridad de estos antecedentes y de su focalización, Jefe de Programa Social solicita a Monitor de HP agendar una visita a su lugar de residencia actual del postulante y su cuidador (si corresponde), realizada bajo los lineamientos del Protocolo de Evaluación en Terreno¹³. En esta visita se aplicará la Ficha de Evaluación en Terreno¹⁴, luego se confirmará la información de la FUP y se le informará sobre condiciones y prestaciones del Hogar Protegido. Esta visita puede ser acompañada por profesional de la red que se estime pertinente para la valoración en esta etapa, gestión que debe realizar el Jefe de Programa Social.</p> <p>Luego de estas acciones se completa Ficha única de identificación (FUI) en sistema de Gestión social para comprobar focalización de acuerdo a criterios institucionales.</p> <p>A partir de la información y las observaciones realizadas en esta visita, Jefe de programa determinará si el residente cumple el perfil de ingreso. Si no cumple con perfil se informa a entidad derivadora y se entregan las recomendaciones sobre servicio de apoyo social que más se ajuste a las necesidades de la persona, pudiendo estar en la oferta interna a la fundación o en la oferta externa (red territorial), en el primer caso se facilita el vínculo si hay interés por la contraparte. Si la persona cumple perfil, el Monitor coordina una visita del postulante y su</p>

¹³ Ver Anexo 10: Protocolos.

¹⁴ Ver Anexo 11: Ficha de Evaluación en Terreno

cuidador (si corresponde) al Hogar, orientada según el Protocolo de Visita de Postulante al Programa¹⁵. En esa visita se le presenta formalmente al personal y a los compañeros del hogar; se indica el funcionamiento y las características de este espacio, y se le informa sobre prestaciones del Hogar Protegido y explica sus deberes y derechos en el programa.

Si la persona está de acuerdo con las condiciones del Hogar, el Jefe de Programa le solicitará firmar el Consentimiento informado de Hogares Protegidos¹⁶; así también debe explicar sobre la utilización de sus antecedentes personales y se solicita firma de Consentimiento.

Habiéndose cumplido estas gestiones, se acuerda una fecha de incorporación del residente a HP.

Acciones de esta etapa:

- Recepción de FUP.
- Recepción de documentos e informes respectivos a entidad derivadora.
- Visita de evaluación en terreno.
- Focalización en FUI
- Visita de postulante a el Hogar Protegido.
- El postulante firma el Consentimiento informado Hogares Protegidos y el Consentimiento informado para SGS.
- Se acuerda ingreso.

OBJETIVOS DE PROCESO	INDICADORES DE PROCESO
Recibe Ficha Única de Postulación.	100% de personas con FUP recibidas y archivadas en carpeta individual.
Gestionar documentos asociados al proceso de postulación.	100% de documentos asociados al proceso de postulación se reciben dentro de dos semanas.
Realizar visita de evaluación en terreno a residencia actual del postulante.	100% de personas con ficha de evaluación en terreno.
Gestionar visita del postulante al Hogar Protegido.	100% de personas visitan el Hogar Protegido.
Gestionar firma de Consentimiento informado Hogares Protegidos y Consentimiento informado para SGS.	100% de personas con Consentimiento informado Hogares Protegidos y Consentimiento informado para SGS firmados al mes de iniciado el proceso.

¹⁵ Ver Anexo 10: Protocolos

¹⁶ Ver Anexo 11: Consentimiento informado

ETAPA	DESCRIPCION								
2. INGRESO	<p>El ingreso al programa se realiza mediante la aplicación del Protocolo de Acogida¹⁷ por el Monitor. Este informará al nuevo integrante de HP sobre los horarios, normas y reforzará derechos y responsabilidades asociadas al programa y resolverá las inquietudes que la persona pueda tener (lo anterior de acuerdo al tipo de supervisión de Hogar Protegido y acuerdos tomados previamente en asamblea de casa). El Monitor acepta focalización en FUI y asocia a programa para finalizar ingreso en Sistema de Gestión Social (SGS).</p> <p>Los documentos del residente serán organizados por el Monitor en su Carpeta Individual, y se registrará su información correspondiente.</p> <p>Los apartados que debe contener la carpeta individual para evidenciar el proceso de la persona en el programa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Antecedentes personales</u>: Ficha de individualización; consentimiento informado SGS; colilla de Pensión u otros beneficios sociales, copia C.I.; fotografía tamaño carnet, copia de carnet de discapacidad (de no contar con ellos será responsabilidad de la gestión del programa y debe ser incorporado al PIT de la persona). • <u>Evaluaciones</u>: Pauta de Evaluación al Mes de Exploración; Ficha Biopsicosocial; resultados instrumento WHO-DAS. • <u>Antecedentes de Salud</u>: Informes Médicos y otros documentos relevantes; atención de salud, esquema farmacológico; retiro de fármacos y ficha de control de existencias de medicamentos. • <u>Plan de trabajo</u>: Plan individual de trabajo, Registro de evolución del proceso. <p>Acciones de esta etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación del Protocolo de Acogida. - Ingreso de documentos en Carpeta Individual de la persona. - Ingreso de datos del residente a SGS. 								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th data-bbox="862 1297 862 1354">OBJETIVOS DE PROCESO</th> <th data-bbox="862 1297 1528 1354">INDICADORES DE PROCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="310 1354 862 1444">Aplicar Protocolo de Acogida de la persona recién ingresada</td> <td data-bbox="862 1354 1528 1444">100% de personas ingresadas mediante Protocolo de Acogida.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="310 1444 862 1535">Ingreso de documentos en Carpeta Individual de la persona.</td> <td data-bbox="862 1444 1528 1535">100% de personas cuentan con su Carpeta Individual completa.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="310 1535 862 1623">Ingresar datos del residente a SGS.</td> <td data-bbox="862 1535 1528 1623">100% de personas ingresadas en SGS durante la a la quinta semana de recibida su FUP.</td> </tr> </tbody> </table>	OBJETIVOS DE PROCESO	INDICADORES DE PROCESO	Aplicar Protocolo de Acogida de la persona recién ingresada	100% de personas ingresadas mediante Protocolo de Acogida.	Ingreso de documentos en Carpeta Individual de la persona.	100% de personas cuentan con su Carpeta Individual completa.	Ingresar datos del residente a SGS.	100% de personas ingresadas en SGS durante la a la quinta semana de recibida su FUP.
OBJETIVOS DE PROCESO	INDICADORES DE PROCESO								
Aplicar Protocolo de Acogida de la persona recién ingresada	100% de personas ingresadas mediante Protocolo de Acogida.								
Ingreso de documentos en Carpeta Individual de la persona.	100% de personas cuentan con su Carpeta Individual completa.								
Ingresar datos del residente a SGS.	100% de personas ingresadas en SGS durante la a la quinta semana de recibida su FUP.								

¹⁷ Ver Anexo 10. Protocolo de Acogida

ETAPA	DESCRIPCION
3.EVALUACIÓN	<p>Se inicia el periodo de evaluación diagnóstica. Durante un mes denominado “Mes de exploración”, el Monitor deberá registrar el desenvolvimiento cotidiano del residente en diferentes áreas de su vida, mediante la Pauta de Seguimiento¹⁸.</p> <p>En la primera semana desde el ingreso de la persona a SGS, el Monitor aplicará la Ficha Recopilación de Información Biopsicosocial¹⁹, que reúne información del residente en relación a su cuadro clínico, habilidades personales y vinculación social. En la segunda semana el Monitor aplicará el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHO-DAS²⁰ (OMS, 2006), (que podrá apoyarse para ello en estudiante en práctica de Terapia Ocupacional o Psicología, en la medida que el programa cuente con este recurso) , como forma de obtener datos concretos sobre los niveles de dificultad del residente en diferentes dimensiones de la vida diaria, y, al mismo tiempo, levantar una línea base que será contrastada durante la intervención para verificar avances.</p> <p>Al cumplirse un mes desde el ingreso, se cuenta con la información de la Pauta de Seguimiento, la Ficha Recopilación de Información Biopsicosocial y los resultados del WHO-DAS con la cual es posible diseñar una propuesta de Plan Individual de Trabajo²¹, bajo orientación del Protocolo de Diseño del PIT²². Esta actividad se realiza con participación del Jefe de Programa Social.</p> <p>A la quinta semana de realizado el ingreso en SGS el Monitor presentará la propuesta de PIT a la persona. Se revisarán los objetivos y el detalle de las acciones, se incluirán sugerencias del residente y si está de acuerdo con su PIT, lo firmará. En caso de que no esté de acuerdo, sus observaciones serán recogidas y discutidas en una nueva reunión de caso donde se formulará una nueva propuesta de PIT. El plazo para terminar el PIT con la aprobación y firma de la persona es finalizada a la sexta semana desde su ingreso, esto en conjunto con el Monitor y Jefe de Programa Social.</p> <p>Acciones de esta etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro diario, durante un mes, del desenvolvimiento del residente según Pauta de Seguimiento - Aplicación de Ficha Recopilación de Información Biopsicosocial a la cuarta semana de realizado el ingreso. - Aplicación de WHO-DAS a la cuarta semana de realizado el ingreso. - Diseño participativo del PIT a la quinta semana de realizado el ingreso. - Residente firma su Plan individual de trabajo a la sexta semana de realizado el ingreso.

¹⁸ Ver Anexo 11. Pauta de seguimiento

¹⁹ Ver Anexo 11. Ficha Recopilación de Información Biopsicosocial

²⁰ Ver Anexo 11. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la organización mundial de la salud. WHO-DAS II

²¹ Ver Anexo 6: Plan Individual de Trabajo.

²² Ver Anexo 10. Protocolo de Diseño del PIT.

OBJETIVOS DE PROCESO	INDICADORES DE PROCESO
Registra actividades del residente en Pauta de Seguimiento.	100% de personas con Pauta de seguimiento completa al final de un mes desde el ingreso a SGS.
Evaluación general del residente mediante Ficha Recopilación de Información Biopsicosocial.	100% de personas con FBSC aplicada dentro de la primera y tercera semana desde el ingreso de la persona en SGS.
Aplicación de Cuestionario WHO-DAS.	100% de personas con WHO-DAS aplicado dentro de la tercera y cuarta semana desde el ingreso de la persona en SGS.
Elaboración del Plan Individual de Trabajo (PIT).	100% de personas con PIT diseñado en la quinta semana desde el ingreso de la persona en SGS
Residente firma su Plan individual de trabajo,	100% de personas con PIT firmado a la sexta primera semana desde el ingreso de la persona en SGS

ETAPA	DESCRIPCION																		
4.INTERVENCIÓN	<p>Esta etapa comienza con el inicio de las acciones contempladas en el PIT coordinadas por el Monitor.</p> <p>Se espera que al menos cada 6 meses el Monitor, vuelva a aplicar el instrumento WHO-DAS. Para cada aplicación del WHO-DAS, este profesional será el responsable de realizar las aplicaciones y hacer el procesamiento de los datos, consolidando estos resultados en el PIT de cada persona, el que debe ser visado por jefe de programa.</p> <p>Durante la intervención será Monitor, quien coordine el proceso de rehabilitación del residente, sometiendo a revisión permanente el PIT, cuyas dimensiones corresponden a:</p> <table border="1" data-bbox="565 625 1281 1171"> <thead> <tr> <th>VARIABLE</th> <th>DIMENSIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Salud</td> <td>Mental</td> </tr> <tr> <td>General</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Habilidades personales</td> <td>Individuales</td> </tr> <tr> <td>Relacionales</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Familia</td> <td>Apoyo Emocional</td> </tr> <tr> <td>Apoyo Instrumental</td> </tr> <tr> <td>Apoyo Informacional</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Participación</td> <td>Garantías Sociales</td> </tr> <tr> <td>Comunitaria</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Ocupación Humana</td> <td>Recreación y uso del tiempo libre</td> </tr> <tr> <td>Integración Laboral</td> </tr> </tbody> </table> <p>El PIT se re-evaluará cada 6 meses, registrando el cumplimiento de las acciones y el nivel de logro de las metas, orientando las acciones al fortalecimiento de las áreas débiles según el WHO-DAS.</p> <p>La evaluación del PIT consiste en la revisión de cada uno de los objetivos, metas e indicadores propuestos por parte del Monitor quien le presentará estos resultados al Jefe de Programa Social y en conjunto determinarán si el PIT se cumple o no, y cuáles de ellos sufrirán una modificación para fortalecer o mantener la situación de la persona. Todos los cambios realizados en el Plan se constituyen en un nuevo Plan Individual de Trabajo.</p> <p>Resumen de acciones en esta etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones asociadas al PIT de cada persona. - Aplicación semestral del WHO-DAS, análisis y registro de puntajes. - Monitoreo permanente y evaluación semestral del PIT. - Redefinición de acciones y metas del PIT - Re-diseño global del PIT. 	VARIABLE	DIMENSIÓN	Salud	Mental	General	Habilidades personales	Individuales	Relacionales	Familia	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Apoyo Informacional	Participación	Garantías Sociales	Comunitaria	Ocupación Humana	Recreación y uso del tiempo libre	Integración Laboral
VARIABLE	DIMENSIÓN																		
Salud	Mental																		
	General																		
Habilidades personales	Individuales																		
	Relacionales																		
Familia	Apoyo Emocional																		
	Apoyo Instrumental																		
	Apoyo Informacional																		
Participación	Garantías Sociales																		
	Comunitaria																		
Ocupación Humana	Recreación y uso del tiempo libre																		
	Integración Laboral																		

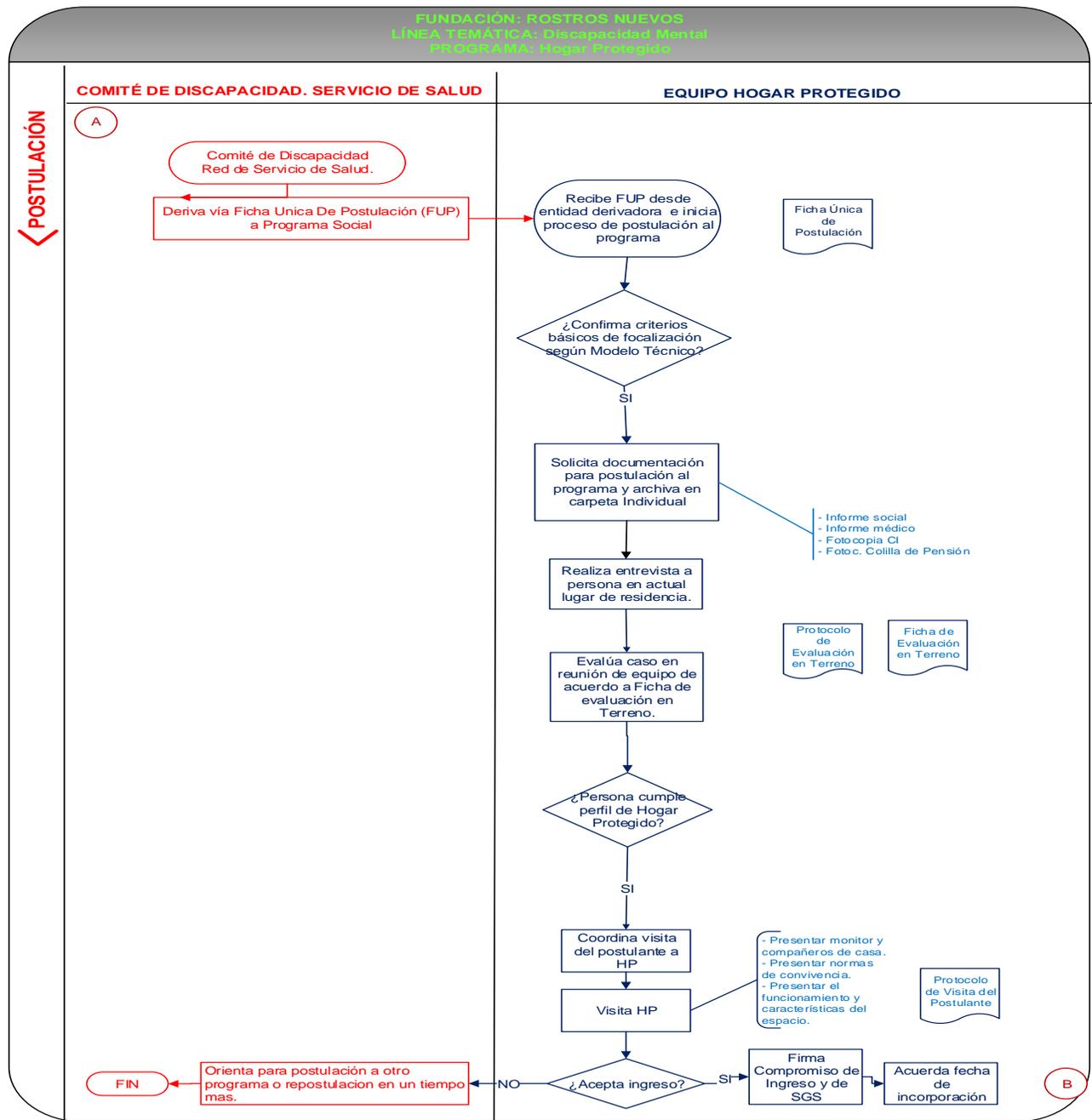
OBJETIVOS DE PROCESO	INDICADORES DE PROCESO
Realización de acciones asociadas al PIT de cada persona.	100% de las personas realizan acciones asociadas a su PIT.
Aplicación de WHO-DAS a los 6 meses desde inicio del PIT.	100% de personas con WHO-DAS aplicado luego de 6 meses desde el inicio del PIT.
Actualización del PIT en base a resultados semestrales de WHO-DAS	100% de personas con PIT actualizado luego de 2 semanas posteriores a la re aplicación de WHO-DAS.

ETAPA	DESCRIPCION	
5. EGRESO	<p>Inicialmente no está considerado el egreso para Hogar Protegido, sin embargo, podría suceder que por motivos que a continuación se identifican (una vez informado y avalado por el Servicio de Salud correspondiente) la persona podría dejar de participar en el programa. Las razones son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por voluntad de la persona. 2. Derivación Interna: La persona es derivada a otro programa de Rostros Nuevos. Con el objetivo que el servicio se ajuste a la realidad de las personas de acuerdo a los apoyos sociales que requiera. 3. Revinculación familiar: En esta situación se hace la derivación al equipo de Programa de Apoyo Familiar para que continúe el acompañamiento y prepare a la persona y cuidador responsable para su nueva vida juntos. 4. Derivación Externa: La persona es derivada a otra institución u organización de la Red de Salud para un acompañamiento más adecuado o especializado según sus características. Con el objetivo que el servicio se ajuste a la realidad de las personas de acuerdo a los apoyos sociales que requiera. 5. Decisión Personal del acogido: La persona unilateralmente decide interrumpir su proceso de intervención y abandona el programa. 6. Por Fallecimiento: El residente fallece durante su estadía en el programa. 7. Cierre de Programa o Término de Convenio: Finaliza el funcionamiento del programa sin haber derivado las personas a otros programas, tanto internos como externos. <p>Actividades asociadas a esta etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar acciones de vinculación con entidad receptora en caso de derivación interna o externa. - Realizar acciones del egreso de acuerdo al protocolo. 	
	OBJETIVOS DE PROCESO	INDICADORES DE PROCESO
	Realizar vinculación cuando se requiera otro tipo de acompañamiento dentro o fuera de la Fundación	100% de personas que lo requieran cuentan con acompañamiento dentro o fuera de la Fundación
	Realizar acciones ligadas al egreso de la persona.	100% de personas egresadas con protocolo de egreso completo ²³

²³ Ver anexo 10: Protocolo de Egreso.

DIAGRAMAS DE FLUJO Y ACTIVIDADES POR ETAPA

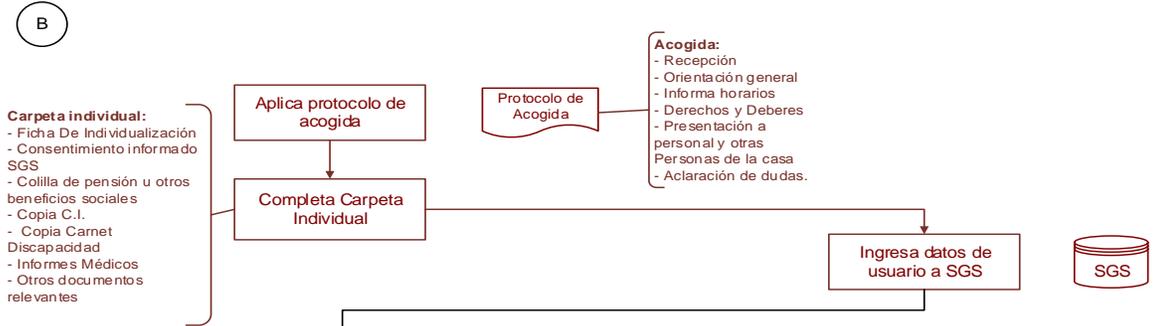
A continuación se detalla, para cada etapa del trabajo en el Hogar Protegido, las actividades que se deben realizar, las pautas de acción esenciales y el flujo que orienta las decisiones en cada instancia:



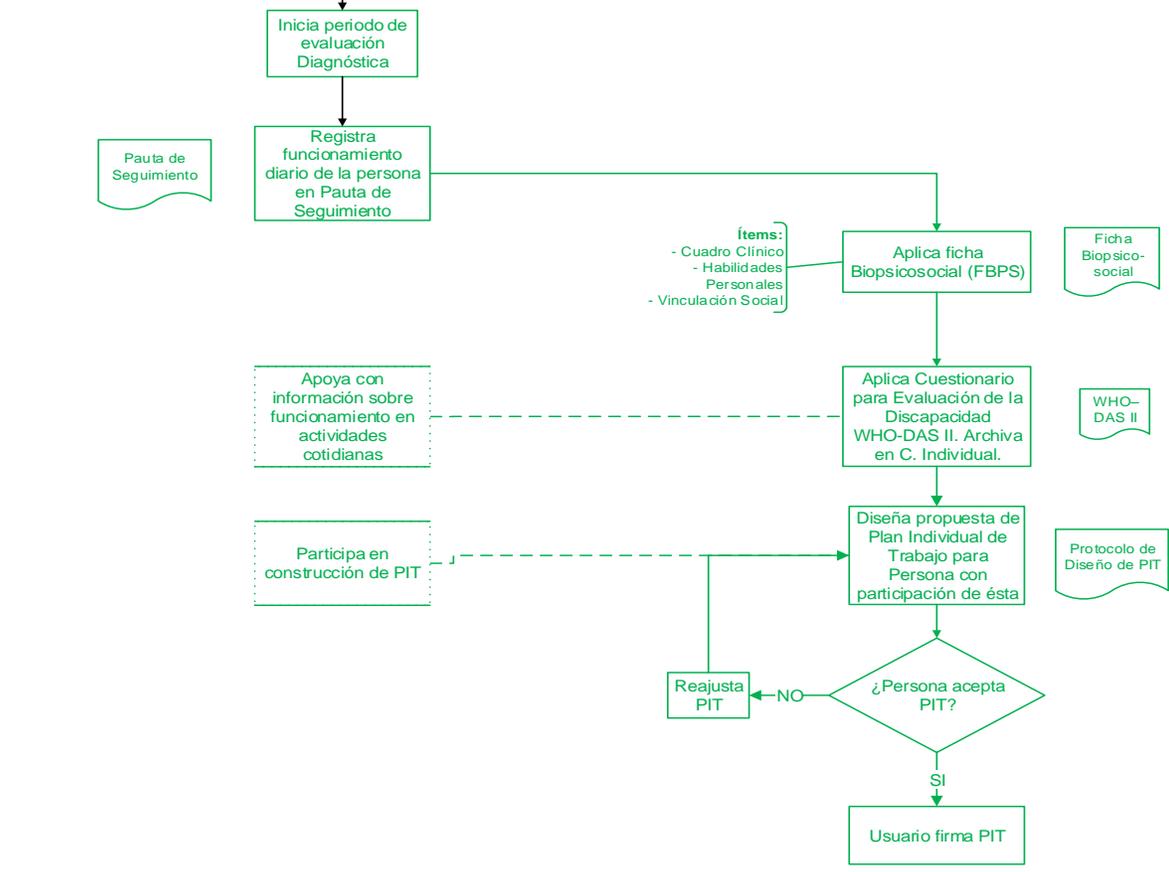
FUNDACIÓN: ROSTROS NUEVOS
 LÍNEA TEMÁTICA: Discapacidad Mental
 PROGRAMA: Hogar Protegido

EQUIPO HOGAR PROTEGIDO

INGRESO



EVALUACIÓN



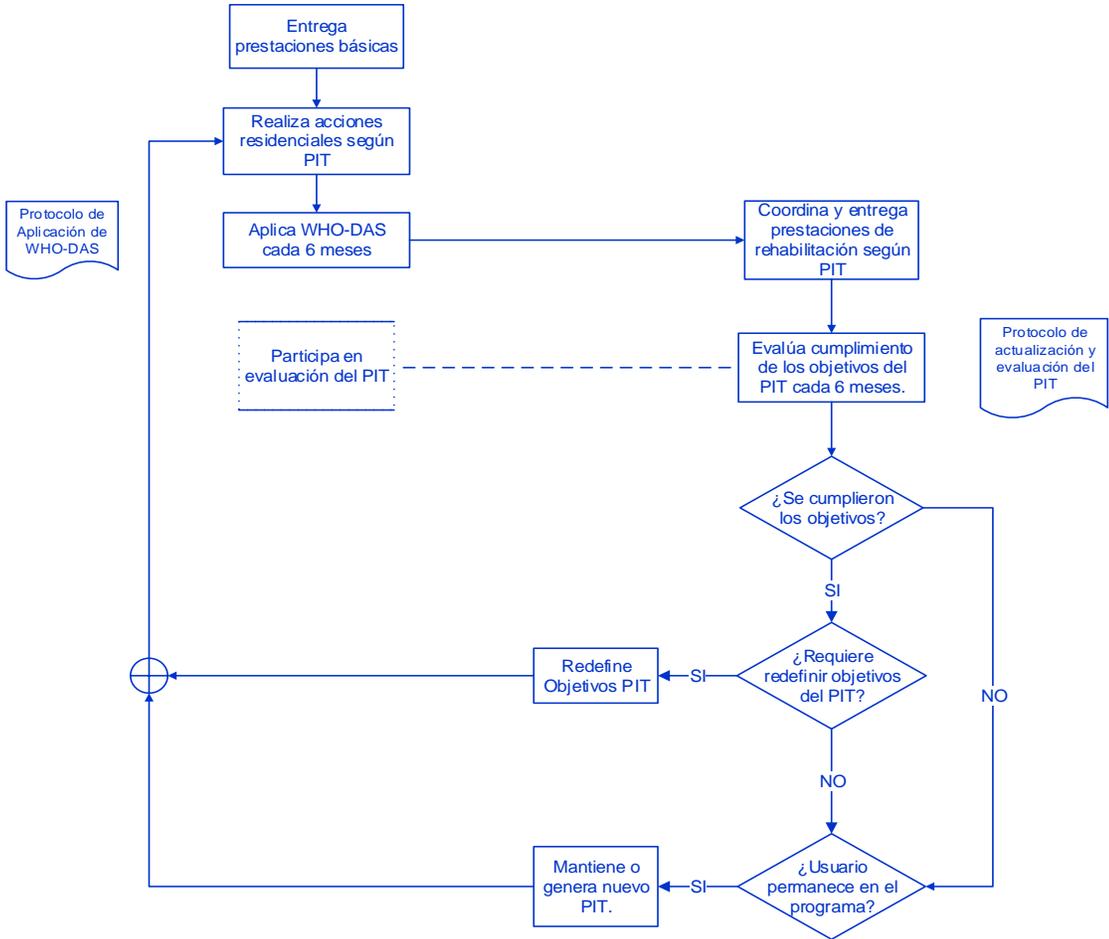
C

FUNDACIÓN: ROSTROS NUEVOS
 LÍNEA TEMÁTICA: Discapacidad Mental
 PROGRAMA: Hogar Protegido

EQUIPO DE HOGAR PROTEGIDO

INTERVENCIÓN

C



Protocolo de Aplicación de WHO-DAS

Participa en evaluación del PIT

Protocolo de actualización y evaluación del PIT

- Razones de Egreso:
- Revinculación familiar
 - Derivación a otro programa (interno o externo)
 - Egreso voluntario
 - Fallecimiento

Protocolo de Egreso

EGRESO



PRESTACIONES QUE SE ENTREGAN EN HOGAR PROTEGIDO

El conjunto de recursos y servicios que se entregan en el Hogar abordan las siguientes dimensiones.

- Habitación.
- Alimentación.
- Entrega de turnos (de acuerdo al tipo de supervisión).
- Esquema farmacológico (de acuerdo al tipo de supervisión).
- Administración de medicamentos (de acuerdo al tipo de supervisión).
- Retiro de fármacos (de acuerdo al tipo de supervisión).
- Control de existencias de medicamentos (de acuerdo al tipo de supervisión).
- Insumos para el Hogar.
- Acompañamiento a residentes.
- Rehabilitación Psicosocial.
- Estimulación cognitiva.
- Estimulación para el desarrollo de actividades de la vida diaria.
- Asistencia directa en aquellas áreas de mayor dependencia.
- Facilitar contacto con instancias o personas de acuerdo a sus intereses y necesidades.
- Facilita el acceso a actividades de la vida cívica en su territorio o comunidad.
- Favorece la participación de sus residentes a espacios recreativos, deportivos y/o culturales de su territorio.
- Observación activa de los residentes.
- Estimulación para desarrollo de conductas.
- Asistencia directa en aquellas áreas de mayor discapacidad de los residentes.
- Velar por la seguridad de los residentes en el Hogar.
- Responsabilizarse de que las reparaciones necesarias en infraestructura o equipamiento sean hechas oportunamente.
- Reconocimiento del entorno comunitario.
- Contacto con instancias o personas de acuerdo a los intereses y necesidades de los residentes.

TIPOS DE APOYO MODALIDAD HOGAR PROTEGIDO:

De acuerdo a la Norma Técnica sobre Hogares Protegidos del Ministerio de Salud (2000) se determinan cuatro tipos de servicios de apoyo.

1. Apoyo permanente las 24 horas del día, donde el cuidador permanece en el Hogar las 24 horas del día, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de medicamentos.
2. Apoyo nocturno, donde el cuidador permanece en el Hogar durante la noche, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de medicamentos.
3. Apoyo algunas horas al día, donde el cuidador apoya aquellos aspectos más débiles de los residentes en horarios establecidos de común acuerdo.
4. Apoyo algunas horas a la semana, donde el cuidador supervisa a los residentes en horarios y aspectos establecidos de común acuerdo.

En todo caso, esta organización debe ser flexible e ir adaptándose a las variaciones en las necesidades de cuidados de los residentes. En este sentido, un Hogar que comience con apoyo 24 horas al día podrá transformarse en Hogar de cuidado parcial en la medida que sus residentes vayan adquiriendo las habilidades necesarias.

En ningún caso podrá trasladarse a un residente de un Hogar a otro, por el hecho de que sus necesidades de cuidados varíen, ya sea que éstas aumenten o disminuyan. En dichos casos deberá adaptarse los cuidados a las necesidades de las personas.

PROTOSCOLOS DE ACCIÓN

Los protocolos de acción contienen la descripción formal y técnica del accionar ante determinadas situaciones. Facilitan el cumplimiento de todos los procedimientos a seguir de manera concreta y homologada entre distintas unidades de un mismo tipo de programa.

Los protocolos de acción para las actividades asociadas a cada una de las cinco etapas del trabajo en HP se encuentran en el Anexo 7.

- Protocolo de Entrevista en Terreno.
- Protocolo Visita de Postulante a Hogar.
- Protocolo de Acogida.
- Protocolo Aplicación de Ficha Biopsicosocial.
- Protocolo Aplicación de Who-Das II.
- Protocolo de Construcción del Plan Individual de Trabajo.
- Protocolo Salidas Recreativas.
- Protocolo Salida por Visita a Familiares u Otros.
- Protocolo ante Emergencias de Salud en HP.
- Protocolo de Contención (Anexo De Emergencias De Salud).
- Protocolo ante Fallecimiento en Hogar Protegido.
- Protocolo de Seguimiento para Egreso.
- Protocolo de Egreso.
- Protocolo Recepción y Entrega de Turno.
- Protocolo Rutinas de Trabajo.
- Protocolo para la Realización de Asamblea.
- Protocolo en Caso de Agresión Física entre Personas.
- Protocolo de Acción en Caso de Agresión o Presencia de Situaciones de Malos Tratos de Funcionario a Persona del Programa.
- Protocolo de Prevención, Detección y Acción Frente a Situaciones de Abuso Sexual. (Basado En Protocolo De Residencia Infanto-Adolescente).
- Protocolo de Aseo.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS: DOTACIÓN DE TRABAJADORES REMUNERADOS Y VOLUNTARIOS

- Jefe de Programa Social.
- Monitor

Las Descripciones de Cargo correspondientes se encuentran en el Anexo Descripción de Cargos²⁴

Composición del equipo de monitores según residentes atendidos

La composición o dotación de personal remunerado para el Hogar Protegido se establece de acuerdo a las normas entregadas por MINSAL (2000) para tales efectos. El estándar indica que por cada Casa el número máximo de residentes no deberá superar los 8.

A continuación se presenta un cuadro resumen con la dotación de personal remunerado recomendado, según tipo de supervisión.

Cargo	Modalidad de Supervisión	N° de usuarios	Hrs. semanales
Jefe de Programa Social ²⁵	Apoyo Nocturno Algunas horas al día Algunas horas a la semana	8	3
	Apoyo permanente 24 horas	8	6
Monitor (Turno especial)	Supervisión 24 Hrs	8	180 (4 personas)
Monitor (Lunes a Sábado)	Supervisión Jornada Completa	8	45
Monitor (Lunes a Viernes)	Supervisión algunas horas al día	8	22,5
Monitor (Lunes a Sábado)	Supervisión Horas a la semana	8	12

Para los cargos de Monitor supervisión jornada completa, jornada parcial y horas a la semana, el Jefe de Programa Social es responsable de ajustar los horarios de trabajo a las necesidades y posibilidades de supervisión directa de las personas, dinámica y funcionalidad del hogar.

²⁴ Ver Anexo 12: Descripciones de Cargos

²⁵ Cargo contratado mediante art. 22 del Código del Trabajo

ORGANIGRAMA

El Hogar Protegido organiza sus funciones de acuerdo al siguiente diagrama:



DOTACIÓN NO REMUNERADA

Voluntarios

Los voluntarios podrán desarrollar labores de apoyo a los residentes, además de labores administrativas. Las funciones que los voluntarios pueden desarrollar en el HP son:

Función/ necesidad	Tarea asociada	Nº mínimo de personas	Frec.	Prioridad	Vol. grup al	Vol. Indi vidu al	Vol. Prof .
Apoyo en actividades instrumentales de la vida diaria	Apoyo en utilizar el teléfono, coger un autobús, comprar lo que necesita, realizar actividades domésticas básicas (hacer la cama, mantener su espacio limpio y ordenado, etc.)	2	Semanal	Básico		X	
Mantenimiento general del lugar	Mantenimiento general del lugar	20	Semanal	Complementario	X		

Alumnos en práctica

Función/ necesidad	Tarea asociada	Nº mínimo de person as	Frec .	Prioridad	Práctica	Carreras
Apoyo en Salud	Valoraciones integrales, apoyo en las ABVD y AIVD, manejo de medicamentos, vinculación con redes de salud (hospitales, Centros de Salud), controles médicos. Apoyo a la funcionalidad.	2	sem anal	Básico	X	Técnico en enfermería,
Apoyo Psicosocial	Cooperar con la ejecución del PIT con énfasis en aspectos de vinculación familiar o significativos	2	sem anal	Básico	X	Trabajo Social, Psicólogo

RECURSOS MATERIALES

Infraestructura y equipamiento.

La infraestructura mínima necesaria para garantizar la calidad de la atención debe considerar las siguientes dependencias, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de Hogar Protegido (MINSAL, 2006).

Espacio	Características y equipamiento
Casa	<p>Se dispondrá de un espacio adecuado para un máximo de 8 personas. Disponibilidad de implementos y adaptaciones a la infraestructura que permitan el acceso a todas las dependencias, del mismo modo dispondrá del equipamiento necesario para quienes lo requieran, además de ayudas técnicas para residentes con dificultades en la locomoción y desplazamiento.</p> <p>Brindar acceso permanente a sus residentes a actividades de rehabilitación en las instancias de la comunidad donde se inserta (calle, plaza, negocio, iglesia, etc.)</p>
Baños	Un baño completo cada 4 residentes. Estos deben tener cortina de baño (si es que no cuenta con shower door) y el WC con su tapa correspondiente.
Dormitorios	<p>Contar con el número tal de dormitorios que permita un máximo de 2 residentes por dormitorio, con un espacio mínimo de 1,5 metros entre cada borde de cama, con espacio para veladores individuales y closet que garantice una deambulación expedita.</p> <p>Una cama de plaza por residente, un colchón que se ajusten al tipo de cama.</p>
Cocina	La cocina debe tener un mesón de trabajo (que puede ser mueble de cocina que permita guardar implementos de la misma). Una cocina de cuatro platos, un lavaplatos, un microondas, un mueble para guardar mercadería y para guardar los implementos de cocina; un refrigerador.
Espacios de interacción	Contar con espacios para la interacción de todos los residentes y de estos con visitantes, garantizando el tránsito expedito de los residentes. Debe contar con un juego de living y un comedor que permita sentar a la cantidad de personas con que residan en el Hogar, un rack que contenga un televisor de al menos 20" y un equipo de música.
Servicios	<p>Servicios básicos tales como luz, agua potable, alcantarillado, agua caliente, teléfono y otros, todos en pleno funcionamiento.</p> <p>Sistema de calefacción en funcionamiento y seguro para los residentes, con temperaturas adecuadas al clima (de acuerdo a ubicación geográfica) y a las condiciones de salud de los residentes).</p>
Lavadero	Espacio para el lavado de ropa (dependiendo del lugar geográfico).
Indumentaria	El stock para cada persona será con cubre colchón, tres juegos de sábanas, seis frazadas, una almohada, dos cubrecamas de invierno y dos de verano.

Seguridad

Con el propósito de resguardar la seguridad de los residentes en su interior, el Hogar deberá contar con los elementos que se señalan a continuación:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Plan de seguridad y un plano de evacuación ajustado a cada casa. |
| <ul style="list-style-type: none">• Vías de evacuación debidamente despejadas y conocidas por los residentes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Extintores en número adecuado y vigente de acuerdo a normativas estandarizadas. |
| <ul style="list-style-type: none">• Protocolos ante emergencias (incendio, terremotos u otro) en funcionamiento y conocidas por todo el personal, las que deben ser revisadas al menos una vez al año y que deben incluir la realización periódica de ejercicios de evacuación con los residentes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Artefactos eléctricos y de gas en buen estado de instalación y mantenimiento y manual de uso práctico de los artefactos que son utilizados por los residentes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Disponer de visado del organismo competente acerca del funcionamiento de las instalaciones eléctricas y de gas de la vivienda. |

TABLERO DE CONTROL

Con el objetivo de monitorear el cumplimiento de los objetivos de operación del Hogar Protegido y evaluar objetivamente si logra su propósito con los residentes, periódicamente se debe medir los siguientes indicadores e implementar las medidas correctivas que sea pertinente para cumplir las metas.

Objetivo General			Indicador de Éxito			
Personas cuentan con condiciones residenciales dignas, en el respeto de sus derechos y garantías sociales, desarrollando o manteniendo habilidades que permitan la mayor autonomía posible en un espacio habitacional protegido en un territorio determinado.			% de personas que cuentan con condiciones residenciales dignas. % de personas que desarrollan o mantienen habilidades orientadas a una mayor autonomía posible.			
Satisfacción de Usuarios			Índice de Focalización			
% de personas satisfechas con el Programa			% de personas focalizadas			
	1	2	3	4	5	6
Objetivo Específico	Personas cumplen con condiciones de acogida residencial de acuerdo a estándares de la Fundación.	Personas desarrollan habilidades personales, de acuerdo a sus capacidades, que favorecen su inclusión social.	Personas acceden a garantías sociales del Estado.	Personas desarrollan vínculos sociales de acuerdo a sus capacidades e intereses.	Personas cuentan con espacios de participación de acuerdo a sus capacidades e intereses.	Personas identifican y desarrollan recursos espirituales de acuerdo a sus necesidades e intereses.
Indicador de Logro	% de personas que cumplen condiciones de acogida residencial asociadas a la Norma Técnica de Hogares Protegidos de Minsal. % de personas toman un rol activo en la mantención de su espacio habitacional.	% de personas que desarrollan o mantienen habilidades personales, de acuerdo a sus capacidades y condición de salud.	% de personas que acceden a servicios de protección social de acuerdo a sus necesidades e intereses y capacidades	% de personas que desarrollan vínculos sociales, al menos una vez al mes, de acuerdo a sus motivaciones e intereses. .	% de personas que se vinculan con redes formales. % de personas que se vinculan con redes informales de su territorio. % de personas que participan en espacios de opinión.	% de personas que participan de espacios gestionados por el programa para el desarrollo de sus recursos espirituales

PROCESOS	Índice Focalización		Clima		Dotación Remunerada		Capacidad Utilizada		Tasa Abandono		Egreso						
	Postulación		Ingreso		Evaluación		Intervención		Egreso		Egreso						
	Recepción de Ficha Única de postulación	Gestionar documento s asociados al proceso de postulación.	Realizar visita de evaluación en terreno a residencia actual del postulante.	Gestionar visita del postulante del Hogar Protegido.	Gestionar firma de Consentimiento informado de Hogares Protegidos y Consentimiento informado para SGS.	Aplicar Protocolo de Acogida de la persona recién ingresada	Ingreso de documentos en Carpeta Individual de la persona.	Ingresar datos del residente a SGS.	Registra actividad s del residente en Pauta de Seguimiento.	Evaluación general del residente mediante Ficha Recopilación de Información Biopsicosocial.	Aplicación de Cuestionario WHO-DAS.	Elaboración del Plan Individual de Trabajo (PIT).	Residente firma su Plan individual de trabajo.	Realización de acciones asociadas al PIT de cada persona.	Aplicación de WHO-DAS a los 6 meses desde inicio del PIT.	Actualización del PIT en base a resultados semestrales de WHO-DAS	Realizar vinculación cuando se requiera otro tipo de acompañamiento dentro o fuera de la Fundación
	100% con FUP recibidas y archivadas en carpeta individual.	100% de documentos asociados al proceso de postulación se reciben dentro de dos semanas.	100% de personas con ficha de evaluación en terreno.	100% de personas visitan el Hogar Protegido.	100% de personas con la Consentimiento informado de Hogares Protegidos y de Consentimiento informado para SGS firmados al mes de iniciado el proceso.	100% de personas ingresadas mediante Protocolo de Acogida.	100% de personas cuentan con su Carpeta Individual completa.	100% de personas ingresadas en SGS durante la quinta semana de recibida su FUP.	100% de personas con Pauta de seguimiento completa al final de un mes desde el ingreso a SGS.	100% de personas con WHO-DAS aplicado la primera semana desde el ingreso de la persona en SGS.	100% de personas con PIT diseñado en la quinta semana desde el ingreso de la persona en SGS.	100% de personas con PIT firmado a la sexta semana desde el ingreso de la persona en SGS.	100% de las personas realizan acciones asociadas a su PIT.	100% de personas con WHO-DAS aplicado luego de 6 meses desde el inicio del PIT.	100% de personas con PIT actualizado o luego de 2 semanas posteriores a la re aplicación de WHO-DAS.	100% de personas que requieren acompañamiento dentro o fuera de la Fundación	100% de personas egresadas con protocolo de egreso completo

BIBLIOGRAFIA

Para complementar la comprensión del trabajo en el Hogar Protegido, se recomienda revisar la siguiente bibliografía:

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA.
- Aylwin, N., & Solar, O. (2002). Trabajo Social Familiar. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Castells, Manuel (2001). La era de la información. Fin de milenio. Vol. 3, Madrid: Alianza Editorial
- CEJPAL. (1998). La Exclusión Social de los Grupos Pobres de Chile. Santiago: CJPAL.
- CEPAL. (2001). Vulnerabilidad Social: Nociones e Implicancias de Políticas para Latinoamerica a Inicios del Siglo XXI. Santiago.
- CEPAL-ECLAC (2002). Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia, Brasil.
- Chadi, M. (2000). Redes Sociales en el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio.
- Fonadis - INE. (2004). Primer Estudio Nacional de Discapacidad en Chile. Santiago: Fonadis.
- González, G. (2005). El concJPTo de Resiliencia. Caritas Argentina. En red: www.tsred.org/modules.php?name=News&file=article&sid=30. Recuperado 9 de octubre de 2005.
- Gracia, E.; Herrero, J Y Musitu, G. (1995). El Apoyo Social. Barcelona, Ppu.
- Huxley, P., & Thornicroft, G. (2003). Social inclusion, social quality and mental illness. The British Journal of Psychiatry , 289 - 290.
- Madariaga, C. (2005). Psiquiatría Comunitaria: Apuntes para una ConcJPtualización. Gaceta Universitaria.
- Martinez, V. (2006). El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales. Santiago: Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- MINSAL. (2006). Norma Técnica N° 90. Santiago: MINSAL.
- OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Santiago: OMS.
- OMS. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. OMS.
- OMS. (2006). Informe WHO-AIMS Sobre el Sistema de Salud Mental en Chile. Santiago: MINSAL.
- Sarraceno, B., & Montero, F. (1993). Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y Práctica. En V. Aparicio, Evaluación de Servicios de Salud Mental. Barcelona: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Senadis. (2010). Manual sobre la Ley N°20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. Santiago: Senadis.
- Soto, C. (2002). Sistematización del Trabajo con Familias. Documento de trabajo, Fundación Rostros Nuevos, Santiago.
- Simó, S., & Urbanowsky, R. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.

ANEXOS

ANEXO N° 1: GLOSARIO

- **ACOMPañAMIENTO SOCIAL:** relación del tipo más horizontal donde se trabaja en pro de un objetivo establecido, por lo general definido como la búsqueda de autonomía del sujeto. (Planella, 2008).
- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:** Refiere a todas las actividades necesarias para que una persona se desenvuelva con competencia personal y social en la comunidad. Abarca las actividades más frecuentes que realiza un individuo, están relacionadas con lo familiar, diario, cotidiano, con las necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo (Romero, D., 2007).
- **ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):** Tienen que ver con el cuidado personal de uno mismo, se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo automatizándose su ejecución tempranamente. (Moruno, 2006). Por ejemplo: Comer, lavarse, vestirse.
- **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD):** Implican una mayor interacción con el entorno y suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz. (Moruno, 2006). Por ejemplo: manejo de dinero, ingesta de medicamentos, manejo de transporte.
- **APOYO SOCIAL:** recursos entregados por otros, asistencia para el afrontamiento o intercambio de recursos. (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2003).
- **APOYO TÉCNICO:** “Los elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente”.
- **AUTONOMÍA:** Se considera como autonomía la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.
- **CAPACIDAD:** Se refiere a potencialidades del ser humano, libertades sustantivas que disponen los individuos para desarrollar funcionamientos que les permitan realizarse y alcanzar el bienestar (Nussbaum, 2012) Las “capacidades” comprenden todo aquello que permiten a una persona estar bien nutrido/a, escribir, leer y comunicarse, tomar parte de la vida comunitaria. Tanto Sen (2004) como Nussbaum (2002) coinciden en que el nivel de vida y el bienestar alcanzado viene determinado por el grado de desarrollo de las capacidades, no por la cantidad de ingresos, ni por sus características ni por la utilidad que puedan generar sino por la oportunidad de transformar estos ingresos y recursos en funcionamientos valiosos. (Sen, 2004).
- **COMPETENCIA:** Es la capacidad para responder a las exigencias individuales y/o sociales para realizar una actividad. Cada competencia reposa sobre una combinación de habilidades prácticas y cognitivas interrelacionadas, conocimientos, motivación, valores, actitudes, emociones y otros elementos sociales y comportamentales que pueden ser movilizados conjuntamente para actuar de manera eficaz (OCDE)

- **CUIDADOR:** Toda persona que presta asistencia permanente, gratuita o remunerada, para la realización de actividades de la vida diaria, en el entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculos de parentesco (Senadis, 2010).
- **DAÑO O DISMINUCIÓN:** Daño orgánico y/o funcional en una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **DEFICIENCIA:** Para la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada por la OMS en 1980, y desde el punto de vista de la salud es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. En la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, publicada en el 2001, se definen las deficiencias como la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo (ej. estructura) o función corporal (ej. función fisiológica). Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Anormalidad se refiere estrictamente a una desviación significativa de las normas estadísticas establecidas (ej. como la desviación de la media de una población con normas estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.
- **DEFICIENCIAS FÍSICAS:** Según el decreto N 2505, de 1995, del Ministerio de Salud, que reglamenta la evaluación y calificación de la discapacidad a que se refiere el artículo 3 de la Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad, señala que "son aquellas que producen un menoscabo en a lo menos un tercio de la capacidad física para la realización de las actividades propias de una persona no discapacitada, de edad, sexo, formación, capacitación, condición social, familiar y geográfica, análogas a las de la persona con discapacidad".
- **DEFICIENCIA PSÍQUICA O MENTAL:** Según el decreto N 2505, de 1995, del Ministerio de Salud, "Es aquella que presenta las personas cuyo rendimiento intelectual es igual o inferior a 70 puntos de coeficiente intelectual, medidos por un test validado por la Organización Mundial de la Salud y administrado individualmente, y/o presenten trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanente.
- **DEFICIENCIAS SENSORIALES:** Según el decreto N 2505, de 1995, del Ministerio de Salud, "Son aquellas deficiencias visuales, auditivas o de la fonación, que disminuyen en a lo menos un tercio la capacidad del sujeto para desarrollar actividades propias de una persona no discapacitada, en situación análoga de edad, sexo, formación, capacitación, condición social, familiar y localidad geográfica. Las deficiencias visuales y auditivas se ponderarán, considerando los remanentes del mejor ojo u oído corregido el defecto".
- **DESEMPEÑO OCUPACIONAL:** El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad. El desempeño ocupacional no es un proceso estático sino dinámico, así viene reflejado en su representación, entre la persona, el medio y las ocupaciones. La persona está conectada con el medio, de esta interacción nace la ocupación (Simó & Urbanowsky, 2006)
- **DESVINCULACIÓN AFECTIVA:** Deficiencia en la capacidad empática hacia la otra persona, donde se observa una pobre respuesta emocional e incomunicación afectiva.

- **DISCAPACIDAD MENTAL:** Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización. (OMS, 2001)

Más actualizada es la definición que hace la Asociación Americana sobre Retardo Mental (AAMR, 2002).

“La discapacidad mental es una condición resultante de la interacción entre factores personales, ambientales, los niveles de apoyo y las expectativas puestas en la persona”.

De acuerdo a este organismo, el diagnóstico de discapacidad mental depende de las siguientes variables:

- Que la condición haya comenzado antes de los 18 años.
- Que los resultados que arrojen los test de inteligencia sean significativamente menores al Promedio de la población.
- Que existan limitaciones significativas en las capacidades adaptativas de la persona.

El gran aporte de esta nueva mirada es que les otorga una dimensión más amplia a las personas con este tipo de discapacidad, quienes usualmente se han visto limitadas por las definiciones peyorativas que las han calificado fijando la atención fundamentalmente en su déficit.

Por medio de los cambios en la terminología se busca sensibilizar respecto a las potencialidades de las personas más allá de su coeficiente intelectual. Se trata de una propuesta de valorización del ser humano como persona integral y no sólo como “ser pensante”.

- **DISCAPACIDAD PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL:** Según el decreto 2505 de 1995, del Ministerio de Salud, que reglamenta la evaluación y calificación de la discapacidad a que se refiere el artículo 3 de la ley 19284 de la integración social de las personas con discapacidad, señala que “es aquella en la que una persona por su deficiencia psíquica o mental, física y/o sensorial presenta un menoscabo de su capacidad de inserción en las actividades propias de la sociedad humana, de la familia y/o de los grupos organizados de la sociedad, viendo disminuidas así sus posibilidades para realizarse material y espiritualmente en relación a una persona no discapacitada en situación análoga de edad, sexo, formación, capacitación condición social y familiar y de igual localidad geográfica.”
- **DISCRIMINACIÓN SOCIAL:** Trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, biopsicológicos, de edad, etc. (Real Patronato sobre Discapacidad, 2004)
- **ENFERMEDAD O TRASTORNO:** Condición física o mental percibida como una desviación del estado normal de salud, y que es posible describir en términos de síntomas e indicios.
- **EXCLUSIÓN SOCIAL:** Según la CEPAL, Exclusión Social es el proceso que surge a partir de un debilitamiento progresivo y un quiebre duradero de los lazos que unen a los sujetos con la sociedad a la que pertenecen, de tal modo que se establece una división entre los que están dentro y quiénes están fuera de ella. De este modo, la exclusión alude a procesos a través de los cuales algunas personas no sólo poseen menos, sino que son crecientemente incapaces de acceder a los diferentes ámbitos y oportunidades de la vida social (CEPAL, 1998, pág. 8)

- **FACILITADORES:** Es cualquier factor ambiental en el entorno de una persona que, a través de la ausencia o presencia, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Estos pueden incluir aspectos como ambiente físico accesible, disponibilidad de tecnología asistencial, actitudes positivas de la gente hacia la discapacidad, así como servicios, sistemas y políticas que intentan mejorar la implicación de todas las personas con una condición de salud que conlleve una discapacidad, en todas las áreas de la vida. La ausencia de un factor puede ser también un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas. Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación (OMS, 2001).
- **FACTORES BIOPSIICOSOCIALES:** Condiciones o estados físicos, psicológicos, sociales y económicos que adquieren unión indivisible con la realidad biológica del ser humano teniendo un efecto fundamental en el estado de salud de las personas, su familia y su comunidad.
- **FAMILIA:** La familia es una organización humana primaria caracterizada por sus vínculos, y por las relaciones afectivas existentes en su interior, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que le permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc. (Minuchin, 1977). Dadas las características de la intervención de PAFAM, la familia se comprende como “el grupo de personas unidas por vínculos sanguíneos y/o afectivos, que constituye la referencia afectiva para la persona con discapacidad” (Soto, 2002).
- **HABILIDAD:** Hace referencia a la aptitud, facilidad y rapidez para llevar a cabo cualquier tarea o actividad. Por lo tanto una persona hábil, es aquella que obtiene éxito gracias a su destreza, ha adquirido una metodología, técnicas específicas y práctica. Éstas han de abreviar formas de procesos intelectuales o mentales
- **HABILIDADES SOCIALES:** Dado que no existe una única definición de habilidades sociales, se ha considerado el concepto de Santos Rego (Santos & Lorenzo, 1999), con lo cual se puede concluir que muchas de las definiciones existentes sobre habilidades sociales incluyen los siguientes elementos y características: 1. Las habilidades sociales son conductas aprendidas, socialmente aceptadas y que, a su vez, posibilitan la interacción con los demás. 2. Son conductas instrumentales necesarias para alcanzar una meta. 3. En ellas se unen aspectos observables y aspectos de naturaleza cognitiva y afectiva no directamente observables. 4. La evaluación, interpretación y entrenamiento de las habilidades sociales debe estar en consonancia con el contexto social. (Ortego, López, & Alvarez).
- **INTEGRACIÓN SOCIAL:** La integración es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio y cultura, y servicios sociales, reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población.
- **MALTRATO:** Es cualquier acción no accidental por parte de los integrantes del grupo familiar, que provoque un daño físico y/o mental en la persona o que le sitúe un grave riesgo de padecerlo. El maltrato emocional se define como hostilidad crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción por parte de cualquier miembro del grupo familiar.

- **SITUACIÓN DE ABANDONO:** Es aquella situación en la que las necesidades físicas o emocionales de la persona no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo familiar, dejando a éste en total desamparo
- **VULNERABILIDAD:** La noción de vulnerabilidad, según CEPAL (2001) implica “un proceso multidimensional que confluje en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. La vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde del Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar”

ANEXO N° 2: PERSPECTIVAS PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR PROTEGIDO

ENFOQUE DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

El trabajo con PcDM tiene como horizonte su plena integración en la comunidad. La mirada comunitaria implica una perspectiva que visualiza de manera amplia el desarrollo y bienestar del ser humano, y que comprende que tanto la salud mental como los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad en general, están determinados por factores sociales, políticos y económicos que interactúan entre sí.

Siendo coherente con esta interpretación del bienestar y la salud, la perspectiva comunitaria se presenta como una opción para superar los modelos clínicos hegemónicos utilizados para intervenir las problemáticas de la salud mental. Ahora bien, sería un error limitarse a sumar la dimensión social a las dimensiones biológica y psicológica simplemente para enriquecer una lista de factores causales o de riesgo. “La operación conceptual y operativa necesaria es mucho más compleja: concebir una aproximación global a la enfermedad y a la salud, donde incluso los modelos teóricos y las prácticas de tratamiento sean más complejos y no se limiten a añadir variables potencialmente implicadas en los procesos de salud y enfermedad. Ello implica una relación no simplemente aditiva sino interactiva entre las dimensiones biológica, psicológica y social” (Sarraceno B. , 2003)

De este modo, Madariaga (2005) ha propuesto algunas características claves para comprender el enfoque comunitario, entre las cuales cabe destacar:

- El enfoque comunitario en psiquiatría debe orientar su estudio a la interrelación entre lo biológico y lo social, entendiendo esta díada como un par dialéctico mutuamente dependiente.
- Su quehacer está orientado a indagar, en cada condición sociohistórica concreta, cómo se expresa lo social en las posibles causas de enfermedades mentales, en la historia natural de dichas enfermedades, en las formas que la sociedad se provee para sanarlas, en la creación de condiciones sociales favorables para la salud y la salud mental.
- La intervención comunitaria se apoya en los más modernos conocimientos aportados por las ciencias y la tecnología, las que concurren al proceso en diálogo integrativo con otros campos del saber, especialmente el saber popular.
- Junto con potenciar el éxito de la psiquiatría clínica en el campo de la atención individual del trastorno mental incorporándole la dimensión socio comunitaria, se preocupa por la rehabilitación integral y la plena reinserción social de las personas discapacitadas, la prevención de enfermedades mentales, el fomento y la promoción de la salud mental.
- Sus metodologías y técnicas de intervención se dirigen al individuo, a las familias, a grupos humanos específicos y a la comunidad en general, siempre cautelando su pertinencia cultural.
- Se posiciona en un marco ético general con asiento en la doctrina de los derechos humanos que, en cuanto derechos civiles y políticos, actúa con vistas al ejercicio pleno de ciudadanía de parte del sujeto enfermo y, en cuanto derechos económicos, sociales y culturales, actúa con vistas a la satisfacción digna y eficiente de sus necesidades fundamentales.
- Opera en su accionar cotidiano con el principio de interdisciplinariedad. De acuerdo con él, se organiza el equipo de trabajo garantizando un objetivo común compartido por todos los miembros; protege la especificidad de los roles individuales de acuerdo a su formación profesional o

competencia; flexibiliza las funciones haciendo intercambio de roles para tareas de exigencia común; junto a las jerarquías administrativas, admite otras, de tipo técnico, variables y rotativas de acuerdo a la competencia y la exigencia de la tarea concreta.

- Promueve la intersectorialidad como requisito permanente, tanto en el diseño de sus programas como en el desarrollo de sus acciones. Su objetivo es lograr la integración de esfuerzos estatales y con la sociedad civil, con respaldo en cuerpos de ley, políticas sociales formales, programas específicos de colaboración, con recursos financieros adecuados.
- Se preocupa por los sistemas de salud, la gestión de los mismos, la elaboración de políticas, planes y programas de salud mental, sean éstos de carácter nacional, regional o local; promueve la participación comunitaria en ellos, en la evaluación de procesos y resultados, en el Monitoreo de programas de intervención.
- Promueve la incorporación plena de los más diversos actores sociales en todos los ámbitos: profesionales y técnicos de salud, las organizaciones de base, las personas y sus familias, las instituciones comunitarias, políticas y sociales, los sistemas e instituciones de salud académicas y populares, todos ellos plenamente incorporados en los diferentes niveles de decisión y de acción.

Ahora bien, comprender el enfoque comunitario en psiquiatría y salud mental implica, también, hacerse cargo del complejo concepto de Comunidad, concepto tradicionalmente ligado a la noción de territorio. Sin embargo, esta acción ha perdido fuerza puesto que es cada vez más habitual el establecimiento de redes y agrupaciones de personas que no comparten una ubicación geográfica común. Ante esta necesidad, cabe plantearse la redefinición del concepto de comunidad, la cual incluye elementos que permiten distinguir una comunidad de otro tipo de asociaciones humanas, indistintamente del territorio, que si bien es un elemento central, no es requisito indispensable para la producción del concepto (Krause, 2001):

Se establecen así tres elementos centrales para comprender la comunidad, no en términos ideales, sino en términos fácticos:

1. Pertenencia: “sentirse parte de”, e “identificado con”.
2. Interrelación: comunicación, interdependencia e influencia mutua de sus miembros.
3. Cultura común: existencia de significados compartidos.

A partir de ello, la propuesta de la Psiquiatría Comunitaria está orientada a la construcción de un espacio saludable para la integración de las personas con discapacidad mental, donde estén presentes estos tres elementos y cuyo principio fundante es el respeto de los Derechos Humanos. El eje rector de toda la propuesta comunitaria es el concepto de ciudadanía, y un elemento fundamental en esta es el derecho a la salud; las políticas públicas en esta materia pueden ser potenciadoras o debilitantes de la ciudadanía. “¿Cómo se construye ciudadanía desde la dimensión de la salud y la salud mental?: con el respeto pleno a los derechos humanos de personas sanas y enfermas; promoviendo la integración con equidad al disfrute del patrimonio social, económico y cultural; creando estrategias de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción en salud y salud mental que generen formas de subjetividad capaces de co-construir el mundo social al que pertenecen; poniendo énfasis en relaciones humanas solidarias, capaces de tolerar e impulsar la diversidad; potenciando la inclusión del sujeto individual en formas colectivas de participación, tanto a nivel de los micro grupos como en los desafíos globales de la sociedad; modificando el concepto de «éxito» (terapéutico, rehabilitativo) desde los objetivos de rendimiento utilitario hacia los de participación en la diversidad” (Madariaga, Op.Cit.).

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO SOCIAL.

Entendemos La Rehabilitación Psicosocial como "aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible" (Rodríguez, 1997)

La emergencia y desarrollo del campo de la rehabilitación psicosocial sólo puede entenderse al interior del contexto de los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. En el modelo de atención manicomial basado en la institucionalización y la reclusión, la rehabilitación tiene apenas un carácter secundario. Sólo en un modelo de atención comunitario, que plantea no apartar a la persona de la sociedad ni recluirla o aislarla en instituciones especiales, sino que busca su atención y mantenimiento en la comunidad, adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de la rehabilitación. En este modelo se hace necesaria la rehabilitación para ayudar a los acogidos recluidos en hospitales psiquiátricos en el difícil tránsito de vuelta a la sociedad, y se necesita aún más para apoyar a la persona con DM en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelva y maneje en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible" (AEN, 2002)

El objetivo de la Rehabilitación Psicosocial es mejorar la calidad de vida de las personas, en la medida que asumen la responsabilidad por sus destinos, actúan en la comunidad tan activamente como sea posible y manejan con la mayor independencia posible su entorno social. "Los programas de rehabilitación psicosocial están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno. Así, actualmente, se podría afirmar que la rehabilitación psicosocial se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (AEN, 2002).

Para ello, es necesario integrar este concepto con el de Apoyo Social, definido por Caplan (1974) como un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales, y al proporcionar feedback acerca de la propia identidad y desempeño. (Gracia, E.; Herrero, J Y Musitu, G. (1995.) este tipo de apoyo refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social. Una transacción real entre dos o más personas en las que se da una implicancia emocional, una ayuda instrumental, información o valoración (House, H. 1981 en Dura, E & Garces, J. 1991) lo que favorece directamente en los procesos de rehabilitación psicosocial. Además, junto con promover los derechos de las PcDM, integrarlas en sus respectivas comunidades, permitirles disfrutar de buena salud y bienestar, y posibilitar su plena participación en actividades de índole social, educativa, cultural, religiosa, económica y política, la Rehabilitación Psicosocial presupone también la delegación de algunas responsabilidades y recursos por parte de los servicios profesionales a las familias y comunidades, para que éstas puedan cimentar sus propios programas de rehabilitación (MINSAL, 2006).

ENFOQUE DE POBREZA, VULNERABILIDAD Y DETERIORO BIOPSIICOSOCIAL:

Es importante mencionar que la integración comunitaria involucra una acción colaborativa, desde una comprensión de un otro, que es parte integrante de la sociedad y ha debido enfrentar situaciones complejas que hacen que se encuentre en una situación de desigualdad. El Hogar Protegido trabaja con una población doblemente vulnerada, dada su situación de pobreza, deterioro de sus redes sociales y familiares, y la situación de discapacidad mental, que configura un escenario al menos adverso. De acuerdo a lo anterior, entenderemos el concepto de vulnerabilidad como “una situación de riesgo o probabilidad del individuo (...) de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas” (Busso, 2001). Los sujetos de intervención del programa están en una situación de vulnerabilidad ya que se encuentran en constante riesgo a ser dañados por factores internos que tienen que ver con el deterioro progresivo e inherente a su patología, como por factores externos como es la discriminación y exclusión social. Esto se puede expresar de distintas formas como fragilidad e indefensión a los cambios ocurridos en su entorno, como es por ejemplo la falta de políticas sociales orientada a los acogidos psiquiátricos con el fin de contribuir al fortalecimiento y cuidado de estos.

Por otro lado, Busso señala que, en esta situación existe una inseguridad que bloquea, incomoda y paraliza la posibilidad de pensar mejoras en el propio bienestar. La interacción de las anteriores características llevan a que la persona que presenta una discapacidad psiquiátrica experimente un deterioro como consecuencia de estar expuesto a una serie de riesgos que pueden tener un carácter natural o social y que dependerán de los recursos o activos y las estrategias para el uso de ellos, con el fin de prevenir, afrontar y reducir los riesgos.

Considerando los argumentos de Busso (2001), la carencia de estos recursos o activos son los que causan la vulnerabilidad a la que estarían expuestos los sujetos con los cuales se articula la intervención. Estos activos en deterioro pueden ser:

- Carencia de recursos o activos físicos: estos activos “incluyen medios de vida como la vivienda, bienes durables para el hogar, medios de producción como bienes que se usan para obtener ingreso o intercambio de bienes” (Busso, 2001), las personas a quienes va dirigida la intervención, han tendido en su mayoría dificultades en la adquisición de bienes durables, y algunos de ellos carecen de apoyo familiar y soporte residencial. Por esta razón, no tienen acceso a una vivienda de manera independiente, lo cual demuestra la necesidad de soporte estructural para el logro de la autonomía del sujeto en otros planos.
- Carencia de recursos o activos financieros. Estos activos “incluyen ahorro monetario, créditos disponibles, acciones, bonos, etc.” (Busso, 2001). Los sujetos que presentan discapacidad mental y viven en situación de pobreza, poseen muy pocos recursos financieros, solo cuentan con una pensión por invalidez, y en algunos casos, ciertos esfuerzos de ahorro, que requieren un apoyo permanente y sistemático por parte de un profesional.
- Carencia de recursos sociales o capital social: “son intangibles y se instalan en relaciones. Los activos sociales son una forma y un atributo colectivo o comunitario que incluye redes y lazos de confianza y reciprocidad articuladas en redes interpersonales (Busso, 2001). Las personas que presentan una discapacidad psiquiátrica, han experimentado una situación de desarraigo territorial sostenida en el tiempo, debido a la amplia historia de institucionalización, o de situación de calle ante el abandono o negligencia familiar. Por tal motivo, existe una escasa o nula convivencia con las redes sociales de la comunidad, vecinos o entorno en general.

En síntesis, las PcDM que viven en condición de pobreza y han sido excluidos de la participación y el aprovechamiento de los recursos sociales, experimentan una situación aguda de vulnerabilidad, amplificada por el daño biopsicosocial asociado a su condición de discapacidad.

PERSPECTIVA DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

El Tratamiento Asertivo Comunitario (en adelante TAC) es uno de los modelos de intervención en salud mental comunitaria más usados y probado empíricamente. Luego de varias décadas de desarrollo desde su aparición en 1973, las características del TAC se resumen en los siguientes puntos (Saiz Galdós & Chévez Mandelstein, 2009). La característica básica y que da nombre a los equipos de TAC, es

1. Éstos son especialmente asertivos, es decir, procuran implicar activamente a la persona en su tratamiento, motivándolo en todo momento.
2. Un equipo multidisciplinar, en el cual estén incluidos profesionales sanitarios y sociales.
3. Servicios integrados. Dada la naturaleza multidisciplinar del equipo TAC, el servicio que se ofrece posee un carácter holístico, dentro del cual se abordan aspectos tan distintos como el control de la medicación, la conciencia de la enfermedad, el empleo, el ocio o las actividades de la vida diaria.
4. Trabajo en equipo, que implica que todos los miembros cooperen en la intervención de todas las personas, enriqueciendo la intervención con sus formaciones profesionales específicas.
5. Baja proporción de personas por profesional, recomendándose diez personas por cada profesional o veinte personas, cuando éstos se encuentren estables.
6. Las intervenciones se realizarán, preferentemente, en la comunidad. Ya sea en el domicilio del acogido o en otro tipo de ambientes, siendo uno de los rasgos distintivos del TAC el “tratamiento in vivo”.
7. Manejo de la Medicación. Dado que los equipos de TAC se crearon en contextos hospitalarios, una de las prioridades que adquirieron fue el entregar la medicación a los acogidos y desarrollar en los mismos las habilidades necesarias para el manejo y consumo responsable de la misma.
8. Resalta el trabajo con habilidades y actividades para la vida diaria (AVD) necesarias para vivir en comunidad, tales como el aseo, el vestido, la compra, la cocina, el transporte, etc.
9. Rápido acceso. A diferencia de otros servicios, el TAC tiene la virtud de ofrecer rápidamente respuesta a las necesidades múltiples de las persona. Además, el servicio está disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana, siendo el contacto frecuente y flexible.
10. Los servicios son individualizados, tornándose fundamental una primera evaluación de las necesidades y capacidades de la persona, que permita diseñar un plan individual de actuación que integre una serie de objetivos basados en las mismas.
11. La intervención de los equipos de TAC no tienen una duración preestablecida, y aunque se ha comprobado que es posible trasladar a los personas a otro tipo de abordajes menos intensos una vez alcanzada cierta estabilidad (Stein, Barry, Van Dien, Hollingsworth, & Sweeney, 1999) no existe un periodo mínimo o máximo de duración para el tratamiento, estando éste supeditado a las características individuales arriba mencionadas.
12. Trabajo con las familias, que implica la psicoeducación y el apoyo cuando se considere oportuno.
13. Brindar asesoría laboral, ayudando a las persona a encontrar y mantener su trabajo

A partir de todos estos antecedentes el TAC ha sido definido como “un programa, en el cual un equipo multidisciplinar lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad, rehabilitación y servicios de apoyo, para ayudar a personas con enfermedad mental grave y crónica, a evitar la hospitalización psiquiátrica y

facilitar el vivir independientemente en un ambiente comunitario natural” (Saiz Galdós & Chévez Mandelstein, 2009).

LA PERSPECTIVA DE REDES EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Se entiende por Red a “un sistema de relaciones e interacciones que mantiene un cierto grupo de personas, ya sea a través de vínculos de trabajo, entrega o recepción de servicios, proximidad física, etc. las cuales son potencial de apoyo social que brinda beneficios emocionales, materiales e informacionales entre sus miembros” Este sistema de vínculos también puede darse entre organizaciones e instituciones o sistemas sociales menores, sin embargo los lazos comunicacionales de intercambio e interacción siempre se dan entre las personas que se contactan.

Una red puede incluir al núcleo familiar, parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todas aquellas personas que, perteneciendo a una Iglesia, escuela, organismo asistencia o institución de cualquier tipo, brindan apoyo social.

Desde luego, la Rehabilitación Psicosocial, cuando interviene en la relación cotidiana del individuo y su medio, lo hace a través del fortalecimiento de los vínculos e intercambios sociales que se generan allí y por tanto en esencia va construyendo redes sociales apoyadoras e integradoras para la persona con discapacidad psíquica en todos los ambientes en que ésta se desenvuelve.

Las redes sociales se destacan por tener tres dimensiones características

1. Dimensión estructural

- a. Tamaño: Se refiere al número de personas existentes en la red
- b. Intensidad: Se refiere al grado de cercanía o lejanía vincular entre las personas de la red
- c. Distribución: Se refiere a los diversos ámbitos en los que se mueven las personas de la red, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo, sector salud, sector educación, etc.
- d. Densidad: En el caso de una red personal, se refiere a qué grado de conocimiento o vinculación tienen los demás miembros de la red entre sí.
- e. Reciprocidad: Se refiere al establecimiento de vínculos recíprocos entre las personas
- f. Homogeneidad/heterogeneidad: Se refiere a cuan similares o diferentes son las personas de la red en sus características, por ejemplo, jóvenes, mujeres con problemas emocionales, miembros de grupos religiosos, etc.

En todo Programa, se debe identificar y desarrollar la mejor estructura de red para la persona, donde aquella pueda desenvolverse de la manera más cómoda, integrada y autónoma posible.

2. Dimensión Funcional

Las redes sociales destacan en su dimensión funcional por brindar principalmente lo que se denomina “apoyo social”. Este apoyo social puede ser:

- a. Instrumental, cuando se trata de proveer bienes materiales, ayuda económica, ayuda en insumos tangibles, alimentos, vestuario, etc.

- b. Informativa, cuando se trata de difundir y distribuir información, educar en diversos contenidos, orientar sobre el uso de servicios, etc.,
- c. Emocional, cuando se trata de permitir la expresión emocional, contener y acoger, escuchar activa y empáticamente, dar consejería y orientación para la toma de decisiones y la acción, etc.

En general, el principal tipo de apoyo social que se manifiesta es el apoyo emocional y es uno de los componentes significativos en las mayorías de las redes sociales activas y efectivas. En algunos Trastornos Psiquiátricos Severos, como la Esquizofrenia, la pérdida de redes sociales y marginación está determinada principalmente por la limitación de la persona de brindar / recibir apoyo emocional debido a su ensimismamiento y aplanamiento afectivo, por lo tanto todo Programa de Rehabilitación Psicosocial desde la perspectiva de redes debe orientarse precisamente a ofrecer referentes externos para una nueva modulación afectiva y promover nuevos vínculos facilitadores del intercambio emocional, informativo o instrumental.

3. Dimensión Subjetiva

Esta se refiere a cómo percibe la persona su red de apoyo social, y cuán satisfecha está con el apoyo social que recibe de aquella.

Esta dimensión es un componente esencial en la evaluación de red, puesto que en términos objetivos una red de apoyo social puede tener características adecuadas, en estructura y función, pero no ser percibida como útil por el individuo. También aquí, las deficiencias producidas por algunos Trastornos Psiquiátricos Severos pueden impactar en la percepción que tiene la persona de su situación y realidad social, y por ende potenciar sentimientos de soledad y desamparo que la lleven a conductas autodestructivas.

Una vez más, todo Programa de Rehabilitación Psicosocial debe orientarse a elevar la percepción y satisfacción de la persona con su medio social, apoyándola en su integración exitosa mediante relaciones de confianza, estímulo y cariño.

La perspectiva de redes aplicada al proceso de Rehabilitación Psicosocial requiere de dos grandes estrategias a desarrollar, y que tienen implicancias en el diseño, implementación y evaluación de proyectos, programas y planes de salud: la intervención en red y el trabajo de redes, las cuales forman parte de las dimensiones de intervención del Plan Individual de Trabajo. (Tomamos la descripción de esta perspectiva de la Norma Técnica 90 MINSAL, 2006).

ENFOQUE DE DERECHOS

El modelo comunitario que fundamenta la intervención en este Programa, reconoce en las personas su capacidad y funcionalidad, colocando a la persona del programa en un plano de igualdad y por lo tanto sujeto de derechos. Su reconocimiento como sujeto de derechos, implica que la sociedad en su conjunto debe operar como garante de esos derechos, para asegurar el cumplimiento de los acuerdos firmados como Estados partes de la Convención de Derechos de las personas con discapacidad, y orientar su acción a partir de la guía entregada y suscrita en la Declaración de Caracas.

Como perspectiva se busca la participación activa e integradora de las personas con discapacidad psíquica y mental en la sociedad y para esto hay que partir del reconocimiento de los derechos de las personas y sus capacidades, los cuales son resumidos a continuación:

- Derecho a un trato digno, respetuoso e igualitario.
- Derecho a la decisión propia con la expresión de sus deseos y a la elección de sus actividades y ser reconocidos como ciudadanos con el pleno uso de sus derechos.
- Derecho a ser protegido de cualquier forma de abuso o de maltrato.
- Derecho a una protección jurídica adecuada, tanto de su persona como de sus bienes.
- Derecho a una valoración y un diagnóstico precoz y acceso a una atención adecuada.
- Derecho a tomar parte de las decisiones sobre el cuidado y las alternativas de lugar de residencia: en su domicilio en la comunidad, mientras sea posible y deseable o un establecimiento residencial, que cumpla sus necesidades.
- Derecho a recibir los servicios adecuados de atención de acuerdo a su nivel de dependencia, en el lugar en que se encuentre, y que estos cubran sus necesidades, fisiológicas, sociales, sensoriales y de comunicación.
- Derecho a que los servicios de atención y asistencia sean de calidad y prestados por personal capacitado y en número suficiente.
- Derecho a la prevención de la dependencia durante todo su ciclo de vida total.
- Derecho al mantenimiento de las relaciones y vínculos familiares y/o pareja.
- Derecho a que la comunidad conozca las dificultades y situación de las personas con discapacidad.
- Derecho a recibir los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención.
- Asegurar a las personas con discapacidad programas de atención en salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.
- Derecho a asesoría y asistencia espiritual de acuerdo a la voluntad y credo religioso de la persona.
- Derecho a expresar su conformidad o disconformidad sobre los servicios recibidos, esta expresión puede ser verbal o por escrito y será dirigida al Jefe de Programa Social, asistente social o tutor de la persona y se le debe responder de forma oportuna y en el lenguaje adecuado para su entendimiento.
- Derecho a que los profesionales de la salud brinden servicios a las personas con discapacidad, de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades concretas de las personas con discapacidad.

ANEXO N° 3: ORIENTACIONES PARA INCORPORAR EL TRABAJO COMUNITARIO A LAS PRÁCTICAS DE LOS PROGRAMAS SOCIALES DE LAS FUNDACIONES HOGAR DE CRISTO.

Este apartado busca “definir elementos teóricos y metodológicos que orienten el proceso de incorporación del trabajo comunitario a la acción social de los programas Rostros Nuevos, como parte de la estrategia comunitaria de las Fundaciones Hogar de Cristo”. Particularmente pretenderá “definir prácticas que permitan instalar y construir planes de trabajo con perspectiva comunitaria de manera más homologada entre los programas sociales”. Ante esto, se espera que las personas usuarias de los programas logren visualizar su entorno, vincularse a él y conformarse en grupos con sentido e identidad, los cuales les ofrezcan espacios de apoyo y movimiento hacia lo que ellos y ellas realmente deseen integrar y alcanzar como proyecto de vida.

El principal fundamento para este trabajo será la “Estrategia Comunitaria” compuesta por dos pilares. El primero será la Transversalización del Trabajo Comunitario, entendiendo por ello las prácticas orientadas a promover el vínculo y colaboración de los participantes de los programas con su entorno, promoviendo a su vez el trabajo con los representantes de la comunidad a partir de la participación y desarrollo de capacidades individuales y grupales. El segundo pilar será la Inserción Comunitaria-Territorial, entendida como un proceso de aproximación a la realidad a partir de todas sus dimensiones, en favor de superar problemas locales visualizados por las personas que en ella habitan.

Esta estrategia se construye desde el “Enfoque Comunitario”, entendido como un “modelo orientado a la acción, que pretende entregar criterios para la práctica del trabajo comunitario desde superficies institucionales”. Este enfoque busca establecer diálogos y puentes solidarios con vecinos directos e indirectos, puede decirse que este proceso de acercamiento y vínculo implica un doble propósito; por un lado, conocer y relacionarnos con los distintos actores de la comunidad en la cual se inserta el programa a modo de reconocernos como parte de ella, y por otro lado, convertirnos en puente de encuentro entre personas y oportunidades presentes en la comunidad.

Desde este enfoque, el trabajo comunitario está orientado a construir o reconstruir redes, puesto que se busca promover el fortalecimiento de las relaciones entre los habitantes de un barrio, lo que implica densificar la vida social. Se trataría de posibilitar la identificación colectiva y el reconocimiento social para transformar elementos sociales y políticos que impactan en sus condiciones de vida, para ello, se deben establecer vínculos entre quienes viven la misma situación, de modo que esto afiance su identidad colectiva y el reconocimiento social; con ello, se buscará reconstruir redes sociales y promover la acción colectiva. Estas experiencias se pueden desarrollar en la medida que se constituyen alrededor de uno o varios proyectos de desarrollo y transformación social, que pretenden implicar a la mayor cantidad de actores sociales sea posible en un contexto concreto y determinado (unidad inter barrial, barrio, pueblo, municipio, etc.).

El enfoque comunitario se basa en los procesos de concienciación, organización y movilización. Estos establecen que la acción colectiva, sus orientaciones y las dinámicas sociales suscitadas por su puesta en marcha se corresponden con cada uno de estos procesos y con su complementariedad. Estas iniciativas consisten en trabajar la identidad del actor permitiendo la identificación colectiva de los miembros del grupo en un proceso de concienciación; reforzar los vínculos de cooperación en el marco del proceso de organización; construir una relación de fuerzas y negociar sobre los retos colectivos y sociales con los actores institucionales, a través del proceso de movilización.

Para el trabajo desde este enfoque, es necesario desarrollar también la creatividad comunitaria, entendida como la capacidad de las personas para promover cambios que deriven en la mejora de sus

condiciones de vida a partir de la generación de nuevas ideas. Nos remite a la innovación, a la inventiva, al descubrimiento, a la originalidad, a la espontaneidad al pensamiento creativo, al trabajo colaborativo, a la flexibilidad, a la generación de conocimiento, a la gestión del conflicto, al encuentro de soluciones compartidas para la transformación positiva de la realidad. Por ello, debe ser fomentada y cultivada a partir del encuentro ciudadano, creando espacios y generando ambientes que motiven el trabajo colaborativo en el marco de la vida cotidiana y de situaciones compartidas.

Por su parte el desarrollo comunitario implica el esfuerzo conjunto entre poderes públicos y comunidad, así como a la correspondencia de intereses, la coordinación y comunicación interna entre los diferentes sectores de la intervención. Para ello es que los procesos de evaluación se tornan tan necesarios dado que se orientan a la toma de decisiones para la mejorar de la calidad de vida de la intervención, construyendo un instrumento que permita conocer a fondo el funcionamiento de los programas.

DIMENSIONES A CONSIDERAR EN EL TRABAJO COMUNITARIO:

1) Trabajo en red “el proceso de integración social de los individuos es concebido esencialmente como un navegar en un entramado de redes sociales, encontrando en éstas y gracias a éstas su lugar en la sociedad, un trabajo, una vivienda, una familia, calidad de vida, satisfacción de necesidades, oportunidades, protección, seguridad, apoyo, desarrollo psicosocial” (Martínez, V. 2006). Esta dimensión nutre el Enfoque Comunitario, dado que aporta con los instrumentos propios con que cuenta el modelo para desarrollar intervenciones planificadas en este aspecto. Desde la articulación, el trabajo en red puede tomar las siguientes características: articulación intracomunitaria: donde la red relaciona a nodos que componen la esfera de lo comunitario, pueden ser organizaciones territoriales (juntas de vecino, organizaciones de barrio, etc.) o funcionales (centros de adulto mayor, grupos juveniles, etc.); articulación intrainstitucional: la relación se establece entre nodos correspondientes a instituciones formales públicas y privadas (ministerios, servicios de gobierno, municipios, hospitales, consultorios, iglesias, ONG's, corporaciones, fundaciones, etc.) y por último la articulación institucional/comunitaria: la red relaciona a organizaciones institucionales con organizaciones comunitarias.

2) El Apoyo Social (AS) como función de la Red: Una interpretación amplia e integradora del concepto lo define como aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo en que se percibe como querida o amada. Al respecto se han desarrollado tres perspectivas teóricas, una que plantea los efectos directos sobre la salud tanto física como mental de las personas; una segunda línea que postula que el AS reduce el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas y por último, una tercera línea teórica en la que el AS no influye directamente ni sobre la salud ni sobre los estresores sino que lo que hace el AS es modular la relación entre ambos, concretamente, amortiguando el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas.

En cuanto al contenido, el apoyo social opera en tres niveles: **1) Cognitivo** en la que se pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intención de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas; **2) Afectivo** proporciona a la persona cercanía, ánimo y afecto positivo continuado ante sus preocupaciones, miedos o conflictos sociales y por último **3) Conductual** en el que se ofrecen estrategias concretas para la resolución de dichos problemas.

Las funciones del grupo son derivadas de la propia experiencia del grupo, destacando las siguientes: **1) Facilitación de la adquisición de información y conocimientos;** los grupos pasan a ser una fuente de aprendizaje, es el primer paso para que la persona tome conciencia de su propia situación; **2) Aporta una red de relaciones sociales,** que muchas veces son difíciles de conseguir de otra forma para los miembros

de un grupo; **3)** Facilita una oportunidad para la **auto revelación**; se fomenta que hablen entre sí, de sus problemas, preocupaciones; y lo que es planteado como un problema personal pasa a convertirse en una experiencia social; **4)** Ofrecen oportunidad para aprender **nuevas estrategias de afrontamiento**, ayudando a tratar más eficazmente su situación; **5)** Proporcionan **poder a sus miembros**; en este sentido, la unión permite ejercer mayor presión a la hora de plantear y defender sus derechos a través de las propuestas de transformación social.

3) Fortalecimiento: En el contexto comunitario se caracteriza por la acción conjunta y solidaria de los miembros de una comunidad que comparten objetivos y expectativas y, que a su vez, enfrentan las mismas necesidades y problemas. La experiencia desarrollada en función del fortalecimiento ha considerado ciertas estrategias que se presentan unidas a determinadas actividades que les permiten ser implementadas.

El siguiente cuadro presenta de manera general esas estrategias y las actividades sobre las cuales se apoyan para lograr el fortalecimiento.

Estrategias y actividades estratégicas fortalecedoras de la comunidad	
Estrategias	Actividades estratégicas
Participación y acción a cargo de la comunidad.	Capacitación para la organización y participación.
Compromiso participativo.	Sensibilización, problematización, desideologización, concientización.
Control y poder en la comunidad.	Información abierta, oportuna y acorde a la necesidad o situación.
Desarrollo del poder político y del sentido de eficacia política	Detección y jerarquización de necesidades y recursos hecha con la comunidad.
Problematización, Concientización.	Co-dirección y toma de decisiones.
Validez psicopolítica	Discusión-reflexión con la comunidad

4) Agente comunitario: Su rol en los procesos de fortalecimiento de la comunidad, es hacer posible relevar recursos para que las comunidades sea promotores de cambio, de modo que las personas asuman el control de sus vidas y procuren resolver sus problemas de forma solidaria. Por tanto debemos proponernos como Fundación más que dar solución a los problemas, desarrollar y ofrecer estrategias para que los sujetos aprendan a resolverlos por sí mismos. La información, la autonomía y la adecuada organización de los recursos disponibles en el entorno, son algunas de las estrategias utilizadas para el Fortalecimiento de una comunidad.

5) Capital social se puede entender como: “la capacidad efectiva de movilizar productivamente y en beneficio del conjunto, los recursos asociativos que radican en las distintas redes sociales a las que tienen acceso los miembros del grupo en cuestión” (Atria, R. 2003). Sus principales componentes son la confianza, reciprocidad y cooperación: **Confianza** se entenderá como “una actitud que permite la cesión voluntaria del control de recursos. Se refiere igualmente a un aprendizaje social que se desarrolla a partir de experiencias positivas de reciprocidad y está basada en expectativas mutuas de comportamiento”

(Miranda, F y Monzó, E. 2003). Por su parte, la **reciprocidad** “surge de la necesidad de mantener un equilibrio entre lo que damos y lo que recibimos (...) podemos definirla como un tipo de obligación social que emerge en el intercambio de dos o más individuos o grupos. Este término da cuenta de un intercambio de tipo relacional y no terminal” (Miranda, F y Monzó, E. 2003). Y finalmente, la **cooperación** refiere a “una acción colectiva orientada al logro de objetivos comunes (...) Otra manera de definir la cooperación corresponde a “la manifestación práctica de arreglos recíprocos para llevar adelante una acción que requiere del concurso organizado de individuos”. (Bahamondes, 2001)” (Miranda, F y Monzó, E. 2003).

6) Participación: Se da bajo dos ejes 1) en el contexto social donde tiene lugar y en las relaciones que ocurren en él (económicas, políticas, culturales, etc.) y 2) como proceso entre personas diversas, sus emociones, necesidades y su identidad dotará de color propio el proceso de participación en cada ocasión. Cuando hablamos de participación dentro del ámbito de la intervención social, se está tratando sobre la relación entre profesionales, acogidos o miembros de la comunidad, es decir se trata de la participación de las personas en las acciones propuestas desde las instituciones de servicios a la comunidad o de la participación en los grupos de trabajo que surgen de los procesos de acción participativa. En la literatura consultada, poca reflexión se hace en relación a la participación de las personas en movimientos en los que no participen profesionales de las instituciones asociadas a ellos. La participación en el ámbito de la intervención social, asume la idea de “tomar parte de algo”, que se refiere cuando las personas forman parte de un proceso de transformación.

Escalones De Participación	
1: Participación manipulada":	Es la que se da cuando la población es utilizada para realizar acciones que responden a intereses ajenos a los suyos. Un buen ejemplo de ello podemos verlo en las campañas políticas que usan a la población llevando pancartas, sólo para recibir a cambio una prebenda.
2: Participación decorativa":	Se realiza cuando se incorpora a la población sólo como un accesorio, es decir, para "decorar" o "animar" determinada actividad. Un buen ejemplo podemos encontrarlo en eventos en los que se utiliza a la población indígena, o a sectores muy pobres para "lucirlos" como beneficiarios de tal o cual programa, al margen de la conciencia o voluntad real de la población.
3: Participación "simbólica":	Es la que podemos apreciar cuando se realizan acciones donde la participación de la población es sólo aparente. Un buen ejemplo de este tipo de participación se da en algunas "parlamentos infantiles", donde los niños actúan con un lenguaje y madurez sorprendentes, sólo que, “entrenados” íntegramente por adultos”.
4: Participación de asignados pero informados"	En este nivel, aún se dispone de la población para que participe en una determinada actividad, sin embargo se le informa en qué consiste la misma. Es, aunque todavía limitada, el primer nivel de participación real. Un ejemplo es el que se da cuando llega una obra de infraestructura a la localidad y se le encarga a la población un faena en la que aportarán su mano de obra. En ese caso, la población ha sido asignada sin consulta, pero al menos está informada de lo que va a hacer.

5: Participación "con información y consulta":	Es el segundo nivel de participación real. En él, los agentes externos informan y consultan a la población sobre su probable participación. En base a ello, la población decide. Por ejemplo, cuando los maestros de una escuela deciden un paseo escolar y consultan con los niños si quieren ir y a dónde podría ser.
6: Participación "en ideas de agentes externos de desarrollo compartidas con la población"	La acción es pensada por agentes externos de desarrollo, pero es compartida con la población. Supone que ellos se incorporan en pensar y aportar respecto a la acción a realizar. Este caso se daría, si en el ejemplo anterior, los maestros consultaran y compartieran con los niños la planificación de las actividades mismas del paseo.
7: Participación "en acciones pensadas y ejecutadas por la propia población"	La acción se gesta en la propia población y es ejecutada por ellos. No hay relación con agentes externos de desarrollo. Un ejemplo de este nivel se da cuando un grupo de niños organiza un campeonato de fútbol en su barrio, sin consulta alguna con adultos. Sin duda ellos son los protagonistas, sin embargo, no cuentan con el aporte que podría brindar la experiencia o dominio técnico de los agentes externos de desarrollo.
8: Participación "en acciones pensadas por la propia población y que han sido compartidas con agentes externos de desarrollo"	La acción es pensada por la población, pero a diferencia del escalón anterior, es compartida con agentes externos de desarrollo. Tomando el ejemplo anterior, los niños organizan el campeonato y coordinan con sus padres un apoyo al evento. Es el nivel superior que contempla la llamada Escalera de la Participación.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

Desde el enfoque comunitario se pueden derivar criterios generales de acción para diseñar, conducir, hacer el seguimiento, evaluar, sistematizar y modelizar intervenciones comunitarias, que a continuación se detallan en el siguiente cuadro. Las acciones que se describen pueden ser desarrolladas tanto por los programas que ya poseen un vínculo y trabajo de colaboración con actores y organizaciones de la comunidad en la cual se insertan, como también por aquellos que aún no establecen un contacto más estrecho con su entorno, siendo factible rescatar y adecuar aspectos pertinentes según el trabajo que se esté implementando en el territorio:

Planificación (Diseño)	Toda intervención comunitaria debe ser planificada situacionalmente y programada de manera rigurosa, manteniendo siempre espacios abiertos y regulados de participación de los actores comunitarios.
Complementación del Encuadre Positivo y el Encuadre Negativo	La idea clave aquí es interrelacionar estratégicamente ambos encuadres, tomando en cuenta el principio de complementariedad por deficiencia: las desventajas de un tipo de encuadre se compensan con las ventajas del otro.
Conversación	La metodología de base en las intervenciones comunitarias es la conversación y la negociación permanente con los actores comunitarios concebidos como sujetos activos y responsables. Esta metodología permite

	una adecuada redistribución y descentramiento del poder en la intervención y una participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones.
Multi-Transdisciplinario	La integralidad de las intervenciones, dada la complejidad de los mundos con los que se trabaja, precisa de la participación de una completa gama de especialistas que desplieguen y pongan en contacto una gran diversidad de capacidades, competencias, recursos y puntos de vista. Lo óptimo es disponer para cada intervención de un modelo que, integrando los distintos saberes, entregue a los profesionales una visión transdisciplinaria que facilite la comunicación entre ellos y les ofrezca un marco para la sinergia de sus prácticas
Desenvolverse en altos niveles de incertidumbre	Los interventores comunitarios deben saber desenvolverse en espacios dominados por altos niveles de incertidumbre. Esto implica una conducción de tipo estratégico, que se retroalimente en forma permanente del contexto en que está actuando, redefiniendo cada vez en el proceso el o los archivos de problemas que orientan la intervención y ajustando o corrigiendo el plan de actividades, preservando así la direccionalidad principal que originalmente se dio a la intervención.
Modo De Búsqueda Proactivo	El modo dominante en las intervenciones comunitarias es el modo de búsqueda, de ir hacia la comunidad, hacia sus espacios de vida. Este modo debe priorizarse por sobre el modo de espera propio de los modelos clínicos y burocráticos (institucionales) de intervención.
Participación Activa	En las intervenciones comunitarias los sujetos/actores deben tener el máximo de participación posible en el sistema de toma de decisiones.
Mediación	Las intervenciones comunitarias están centradas en sistemas, por lo tanto, no se trabaja directamente con cada uno de los miembros de una familia, comunidad o red social, sino a través de una cadena de mediadores. Este sistema es fundamental para el enfoque comunitario: todas las operaciones de la intervención deben estar sustentadas en un modelo riguroso de mediación orientado al fortalecimiento de capacidades y competencias y respetuoso de la autonomía de los sistemas mediados.
Simetría	En la medida de lo posible, en las intervenciones comunitarias el poder debe ser compartido entre los interventores y los actores comunitarios. Se deben privilegiar las relaciones de tipo sociográfico por sobre las organigráficas.
Triangulación	Dada la complejidad de los mundos comunitarios, los procesos de diseño, diagnóstico inicial, implementación, gestión, seguimiento y evaluación deben ser construidos sobre la base de triangulaciones rigurosas de fuentes, de datos, de actores, enfoques (cualitativo y cuantitativo) técnicas y teorías.
Validez Ecológica	En un mundo comunitario dominado por la incertidumbre, definido como un espacio de construcción en que confluyen múltiples actores desde distintas posiciones situacionales y de poder, con proyectos que no son necesariamente convergentes, la validación de una intervención debe estar

	<p>basada más bien en una lógica de probabilidad que en una lógica de verificación empírica. Este tipo de validación opera en un esquema de triangulación en el que las perspectivas de los actores comunitarios, los habitantes del mundo “intervenido”, juegan un rol preponderante. En estricto rigor, los criterios de eficacia e impacto de una intervención deben provenir principalmente del contexto comunitario: son los propios actores, desde sus perspectivas propias, desde sus posiciones situacionales los que en definitiva validan las intervenciones.</p>
<p>Evaluación</p>	<p>Todas las intervenciones comunitarias deben ser diseñadas de tal manera que puedan ser susceptibles de un seguimiento riguroso y de sistemas de evaluación de procesos, resultados e impacto.</p>

INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA

La principal característica de estas perspectivas es que el diseño, ejecución y evaluación de los programas y acciones se hacen explícitamente a partir del dialogo entre quienes “intervienen” y las personas afectadas, es decir, o sea estas deben ser parte de la solución. Es una intervención, en tanto a su forma de entender lo social referido a que la sociedad necesita transformación, la posibilidad del cambio social organizado. Se persigue un cambio en las condiciones objetivas de las personas que participan, además se busca transformar las maneras en que estas reflexionan sobre las causas que generan esas condiciones de vida.

La intervención con perspectiva comunitaria y ecológica debe primero estudiar-conocer cuidadosamente cuáles son los factores presentes en los contextos sociales y culturales de la comunidad, y a partir de ahí fomentar el uso de recursos y adaptación o transformación de las personas a través de procesos de participación que los involucre activamente. Un elemento facilitador para que estos procesos lleguen a puerto es el tipo de relación que se establece entre los equipos técnicos o agentes externos y la comunidad con la que se trabaja, dado que esta relación es una que produce un cambio en el estado de cosas.

LOS PUNTOS CENTRALES DE LAS METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS SON:

1. La participación de las personas afectadas.
2. Dialogo constante y productivo.
3. Necesidad de transformación social.
4. Cambios en las situaciones de vida de las personas basadas en procesos de reflexión y análisis “darse cuenta”.
5. Cambio social a partir de la movilización de los grupos organizados, el saber profesional y académico está al servicio de la comunidad.

Actitudes a Considerar En Los Procesos Participativos: supone el desafío a la hora de intervenir, de acoplarse transitoriamente a un proceso social preexistente (V. Martínez), es un encuentro que exige una vinculación entre “interventor e intervenido” que considere algunas actitudes ineludibles en ese encuentro tales como:

- **No invadir**, teniendo una cuidadosa actitud horizontal, lo que implica esperar los tiempos de la comunidad y sus “permisos” para entrar.
- **Aprender**, lo que supone primero escuchar, observar, estar, “gastar” el tiempo con ellos – ella para empaparse de su dinámica, historia y contexto.
- No presentar una actitud de **superioridad**: la comunidad es autónoma y debe ser protagonista en la búsqueda de las soluciones a sus problemáticas.
- La **confianza** en la comunidad es clave, como en toda relación, el creer genuinamente en ella y su poder, se transforman en las mejores herramientas del acompañamiento que el externo puede hacer. La desconfianza e incredulidad siempre se termina traspasando consciente o inconscientemente en la relación establecida.
- Quienes llegan a la comunidad lo deben hacer asumiendo un casi total desconocimiento de las vivencias subjetivas de las personas que la habitan, lo que nos plantea el desafío de “entrar” **desprejuiciadamente**. Cada uno de nosotros posee ideas preconcebidas de un lugar, comunidad, tipo de persona, y si bien dichos prejuicios son imposibles de borrar, se considera saludable el hacerlos conscientes y tener especial cuidado de no actuar en base a esas ideas, estando conscientes que en el proceso de vinculación se irán descubriendo y aprehendiendo aquellas características subjetivas, valóricas e históricas que nos permitirá comprender de manera más completa la realidad de la comunidad. El logro de la actitud desprejuiciada está estrechamente ligado a la actitud de **empatizar**, lo que implica un intento por conocer y comprender la vivencia subjetiva del otro.
- Finalmente parece vital el tener cuidado de no **levantar falsas expectativas**: la llegada del interventor, genera en toda comunidad esperanzas, ideas que se traducen en la espera de algo. Quien llega a la comunidad debe ser muy claro respecto a lo que hace y hará. Cualquier incumplimiento de lo comprometido solo contribuirá a aumentar la desconfianza y desesperanza de la comunidad en otros y ella misma.

LINEAMIENTOS PARA EL TRABAJO PRÁCTICO EN LA INSERCIÓN COMUNITARIA

El programa Hogar Protegido es un modelo articulado territorialmente, que busca que las personas con discapacidad sean protagonistas de la promoción de sus derechos en su territorio y con su comunidad. Para ello, se organiza de acuerdo a cinco etapas señaladas en el proceso metodológico.

CONOCIENDO NUESTRO TERRITORIO Y COMUNIDAD

Un programa Hogar Protegido es una organización con profesionales y voluntarios que trabajan en un territorio determinado al interior de una comunidad, para acoger a personas con discapacidad mental de este mismo territorio y comunidad; Si bien no todas las personas del territorio donde está inserto podrían estar interesada en participar en él, involucrándose con las PcDM, este debe intencionar la participación ciudadana, tanto de su población objetivo, como de los habitantes de su territorio. Esto se traduce en que debe ser un lugar donde las PcDM compartan con sus vecinos y las instituciones del territorio, de manera que contribuyan a su desarrollo y en donde puedan además educar a los ciudadanos desde una relación vinculante y ejercer la ciudadanía.

Para que un programa se desarrolle en orientación a los desafíos de inclusión, debe establecer un plan de trabajo en base al conocimiento de cada participante, que permita a los organizar acciones para el desarrollo de su máximo nivel de autonomía y funcionalidad, en el ámbito social o territorial de acuerdo a sus necesidades, capacidades, potencialidades, y deseos. Por otro lado, es necesario conocer el territorio y la comunidad que lo rodea de manera tal que se pueda establecer un Plan de Articulación Local, organizar estratégicamente la relación con los actores locales, accediendo a espacios locales y redes formales de servicio y sean protagonistas de la promoción de derechos en su territorio o comunidad. Aspectos relevantes a considerar para el trabajo comunitario. Primer acercamiento al conocimiento del territorio o comunidad:

- **Perfil Territorial:** Referido a la localización física en donde está emplazado el programa y da cuenta de la delimitación territorial en donde se lleva a cabo este programa.
- **Clima:** interesa tenerlo en cuenta pues condiciona las actividades que desarrolla el programa, influye en el modo de vida de las personas, por lo que conocerlo permite una adecuada planificación de las estrategias de trabajo. (Temperaturas, lluvias, viento).
- **Antecedentes históricos:** Los aspectos de la historia de la comunidad permiten explicar en parte las características del territorio en donde está inserto el programa. En este sentido, recopilar información como historia de los asentamientos, tomas de terreno, fiestas de la comunidad, instituciones y organizaciones claves para la vida comunitaria, etc. son algunas de las pistas a considerar.
- **Características demográficas:** Considera conocer el total de la población; densidad de la población; distribución por sexo; distribución por edades, distribución según origen; distribución según composición étnica; población rural y urbana; población económicamente activa y no activa; población con Discapacidad Mental.
- **Antecedentes económicos:** Población general por decil de pobreza, población con discapacidad mental por decil de pobreza.
- **Equipamiento comunitario:** Establecimientos de educación inicial; escuelas y liceos; instituciones de educación superior; Municipalidad y delegaciones; Centro de Salud (CESFAM / CECOF); Bibliotecas públicas, comisarias; mercados; áreas verdes, centros recreativos y deportivos; organizaciones territoriales y funcionales; empresas, centros de servicios sociales (fundaciones corporaciones, otros) relacionados a Discapacidad Mental; entre los principales.
- **Organización política y administrativa:** El ejercicio de vinculación comunitaria, llevará a que los equipos contemplen que la estrategia de Rehabilitación Comunitaria, se lleva a cabo a través de un camino de articulación y gestión en red. La inclusión de los equipos en la comunidad los llevará de un modo u otro a relacionarse con líderes políticos u otras instancias político administrativas del territorio, aportando en ello a la obtención de apoyo para la ejecución de los programa, y con ello a un objetivo mayor que es el procesos de inclusión.

1. PLAN DE ARTICULACIÓN LOCAL O COMUNITARIA:

Articular: Es el proceso de poner en conexión a dos o más actores para darles la oportunidad de actuar conjuntamente, compartiendo un sentido general, un significado común, haciendo posible que para cada sujeto el sentido general permita sentidos particulares aun cuando cada uno pueda desempeñar una función distinta en la acción conjunta.

Con relación a la construcción de redes Rovere (1998) apunta que las redes sociales son redes de personas, se conectan o vinculan personas, no se conectan cargos, instituciones o computadoras sino

personas. Por esta razón podemos asumir que redes es un lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular. Rovere propone un esquema ascendente de clasificación de los vínculos en relación con el nivel, las acciones y los valores que intervienen que permite observar el grado de profundidad de la red. Los niveles comienzan con el reconocimiento, seguido del conocimiento, la colaboración y la cooperación y por último la asociación.

NIVEL	ACCIONES	VALOR
Asociarse	Compartir objetivos y proyectos	Confianza
Cooperar	Compartir actividades y recursos	Solidaridad
Colaborar	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad
Conocer	Conocimiento de lo que es o hace el otro	Interés
Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe	Aceptación

Una vez realizada esta distinción, es necesario organizar la identificación de actores estratégicos y con ello, la elaboración del Plan de Articulación Local.

Para esto se puede utilizar un Instrumento denominado mapa de actores. Esta es una técnica muy sencilla que permite identificar a todas las personas y organizaciones que pueden ser importantes para la planeación, el diseño, la implementación o la evaluación de un proyecto específico. Permite asegurar tener claro de antemano con quiénes se cuentan para apoyar alguna iniciativa que se está promoviendo y con quiénes no, de manera que se puedan definir estrategias específicas que ayuden a garantizar el mayor y mejor apoyo para dicha propuesta. En un mapa de actores sociales se debe señalar a las personas, grupos y organizaciones que pueden afectar o verse afectadas por un proyecto, para luego cualificarlas de acuerdo a características importantes, como pueden ser su poder en la toma de decisiones, su interés en la problemática, y la posición que podrían adoptar al respecto del proyecto o propuesta.

En primer lugar se debe identificar cuál es el tema o problema que los convierte en actores relevantes, en este caso es el proceso de rehabilitación psicosocial de las personas de un territorio determinado.

En segundo lugar se debe identificar a los actores sociales; para esto se realizan varias actividades.

A) Mediante lluvia de ideas y revisión de información, realizar un listado lo más completo posible de las personas, grupos y organizaciones que cumplan con alguna de las siguientes características:

- Están siendo o podrían verse afectados por el problema.
- Podrían ser afectados por la propuesta de solución del problema presentada por el grupo.
- No están siendo directamente afectados pero podrían tener un interés en la propuesta.
- Poseen información, experiencia o recursos necesarios para formular e implementar la propuesta de política pública.
- Son necesarios para la adopción de la política pública.
- Son necesarios para la implementación de la política pública.
- Consideran que tienen derecho a estar involucrados en las decisiones relacionadas con el problema y la propuesta.

B) Se deberán tomar el listado y tratar de llegar al nivel más específico posible para cada uno de los actores identificados, tratando de llegar incluso hasta su información de contacto.

Categorizar: Después de tener el listado completo se debe organizar. Para esto se pueden utilizar cuatro categorías básicas; a) actores gubernamentales, b) actores privados, c) organizaciones de la sociedad civil y d) actores comunitarios. Después de eso pueden crear sub-categorías de acuerdo a las cosas que tengan en común. Al hacer este ejercicio, pueden organizar los actores del listado en cuatro columnas según la categoría en la que estén ubicados, escribiendo en un color aquellos que estén allí porque pueden afectar o verse afectados por la propuesta que ustedes están presentado; en otro, aquellos que tengan información, conocimiento o experiencia sobre el tema; y en otro, los que controlen o puedan influir sobre las decisiones y los recursos necesarios para adoptar el proyecto o propuesta.

Caracterizar: El siguiente paso es identificar algunas características importantes de los actores que se han seleccionado. Esto puede ser de acuerdo a la posición que pueden asumir frente al problema, su nivel de interés en éste y la influencia que pueden tener en que el problema o proyecto se acepte. Para esto se puede usar una tabla como la siguiente:

Indique cargo y nombre de la persona

Identificar logros o metas con el actor Por ejemplo: Inclusión vía deporte

Marque con una "X" sólo una categoría que represente el interés que el actor por el logro/meta

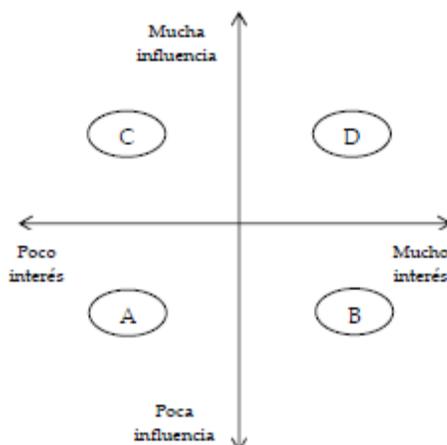
Actores	Intereses	Posición						Interés						Influencia					
		Desconocida	Oposición activa	Oposición pasiva	Indeciso	Apoyo pasivo	Apoyo activo	Desconocido	Poco o ninguno	Algún interés	Interés moderado	Mucho interés	El más interesado	Desconocida	Poco o ninguna	Alguna influencia	Influencia moderada	Mucha influencia	El más influyente

Esta tabla es una adaptación del instrumento "Stakeholder Identification" extraído de Participation and Social Assessment: Tools and Techniques, Jennifer Rietbergen-McCracken y Deepa Narayan (compiladoras). Banco Mundial (1996).

En tercer lugar se deben mapear los actores sociales. Existen muchas maneras de hacer mapas con el listado de actores sociales que se han identificado. Sin embargo, un lineamiento general es que esto debe ser hecho de acuerdo a los intereses y necesidades que se tengan en un momento determinado. Se puede

ocupar la combinación de dos variables (por ejemplo posición e influencia) y disponerlas en un plano cartesiano²⁶.

Por ejemplo:



En cuarto lugar se debe verificar el análisis y evaluar la disponibilidad y el compromiso de los actores seleccionados. Es importante que después de haber realizado este análisis se revise y hagan consultas adicionales para asegurarse de que no se hayan quedado actores importantes por fuera del ejercicio y de que estos tienen en la realidad los intereses, la motivación, la posición y la influencia que se estimó.

Diseñar estrategias para movilizar la participación de los actores sociales y sostenerla a lo largo del proceso; algunas de las recomendaciones para esto son las siguientes:

- Antes de diseñar una estrategia para cada actor de los que se han seleccionado, se debe discutir primero qué es lo que se quiere que ese actor haga. Esto definirá los objetivos de la estrategia.
- Cuando un actor tiene un interés alto en contribuir a desarrollar una propuesta, pero no tienen mucha influencia en la toma de decisiones, es conveniente no dejarlo de lado, sino buscar los mecanismos que permitan que se sume al proyecto propuesto o que gane poder en estos espacios.
- En el marco del diseño de estrategias son tan importantes los actores que estén a favor del proyecto como quienes puedan oponerse, por lo que es necesario diseñar estrategias de información y persuasión y considerar hacer algunas concesiones, de manera que se puedan convertir en aliados del proceso.
- Un buen mapeo de actores sociales debe garantizar que “estén todos los que son”. Es importante que hagan consultas continuas para asegurar que nadie importante se haya quedado por fuera de su listado y, por consiguiente, de su plan de acción.
- Además de diseñar estrategias para asegurar el apoyo de cada actor, es importante generar otras que permitan construir alianzas entre ellos. En la medida en que sean más personas, grupos y

²⁶ Para el llenado y completitud de esta metodología de trabajo en red profundice con el documento “Elementos para el mapeo de actores sociales y diseño de estrategias para el desarrollo del Plan de acción en proyectos ciudadanos.

organizaciones las que se sumen a su causa, mayores serán las probabilidades de incidir en las autoridades competentes.

- Las estrategias de comunicación siempre son importantes, pues permiten asegurar que todos los aliados, los opositores y quienes aún no tienen una opinión, sepan exactamente cuáles son sus propósitos.
- Para que las estrategias y las metas sean realistas, es importante partir de una buena información. Siempre será mejor saber que un actor está a favor de la propuesta que suponer que lo está.

PLAN DE VINCULACIÓN DE VOLUNTARIADO.

El voluntariado es el conjunto de actividades de carácter altruista y solidario; en beneficio de terceros; de realización libre; no originada en obligación personal o legal; que no posea contraprestación económica y que se desarrolle a través de organizaciones con arreglo a programas o proyectos concretos²⁷.

El voluntariado individual se define como personas naturales, chilenas o extranjeras que se comprometen a aportar tiempo y cualidades, de manera temporal o permanente en alguna de nuestras unidades. En todos los casos, ellos deben pasar por un proceso de postulación y selección y se insertan para asumir una tarea o función de acuerdo a las oportunidades que la institución, área o programa social definan.

Respecto a la edad, creemos pertinente mantener el criterio expresado en las orientaciones del año 2008, es decir, que personas menores de 18, pero mayores de 16, entre 3ro y 4to medio, también pueden realizar voluntariado individual con autorización escrita de los padres, para los cuales deben completar formulario de compromiso menores de edad.

Voluntariado Permanente: Personas que se comprometen por un período superior a un mes, con horarios y tiempos, definidos entre ambas partes, semanales o mensuales, insertándose en nuestra estructura organizacional colaborando en una necesidad de carácter estable. De ahí que hablemos en propiedad de un “Trabajador Voluntario”. Un trabajador voluntario de acuerdo a su disponibilidad de tiempo puede acordar con la Fundación un compromiso de plazo indefinido, o a un plazo fijo, dependiendo de su planificación personal, relacionada muchas veces a aspectos de su vida familiar, laboral o académica.

Cada una de estas tareas, podrán agruparse en funciones genéricas para todas las áreas que están contenidas en documento “Dotación no remunerada por tipo de programa.”

Otra importante expresión de voluntariado en nuestra Fundación, es el que desarrollan instituciones, empresas o grupos organizados. La característica común en este caso es que el grupo o institución (empresa, colegio, etc.) adquiere un compromiso con el Programa para desarrollar un proyecto colectivo, que puede ser de corto, mediano o largo plazo. A partir de esta definición surgirán distinciones que se desarrollarán a lo largo del proceso dependiendo del tipo de proyecto que desarrollen.

²⁷ Definición expresada en la Carta constitutiva de la Red Chile Voluntario, el 12 de junio de 2004.

ANEXO N° 4: MARCO LEGAL INTERNACIONAL²⁸

INSTRUMENTOS DE PROTECCIÓN REGIONALES E INTERNACIONALES

Los instrumentos jurídicos internacionales toman la forma de tratados (también conocidos como acuerdos, convenios o protocolos) que obligan a los Estados contratantes. Cuando se termina de negociar, el texto de un tratado tiene el carácter de auténtico y definitivo, para lo cual los representantes de los Estados lo "firman". Existen varias formas por medio de las cuales un Estado manifiesta su consentimiento y acepta las obligaciones de un tratado. Las más comunes son la ratificación y la adhesión. Un nuevo tratado es "ratificado" por aquellos Estados que negociaron el instrumento. Un Estado que no haya participado en las negociaciones puede, en una etapa posterior, "adherirse" al tratado. El tratado entra en vigor cuando un número predeterminado de Estados ratifica o adhiere al tratado.

En algunos países, los tratados internacionales priman sobre las leyes nacionales; mientras que en otros, se requiere de un proceso interno para dar al tratado internacional –a pesar de haber sido ratificado o adherido– el carácter de Ley nacional. Prácticamente todos los Estados que han ratificado o adherido a un tratado internacional deben expedir decretos, reformar la legislación existente o presentar nuevas leyes con el fin de que el tratado tenga efectos plenos dentro del territorio.

Los siguientes instrumentos internacionales protegen los derechos de las personas con discapacidades. Éstos se concentran principalmente en proteger a las personas discapacitadas de la discriminación y crear condiciones de igualdad de oportunidades de participar en la sociedad:

NACIONES UNIDAS

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) (artículos 3, 21, 23, 25)
La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1948, y establece normas uniformes de derechos humanos aceptados por los Estados miembros. La DUDH contiene las bases normativas que guían la formulación de estándares que existen hasta hoy y que se refieren a las personas con discapacidades. En el artículo 25 (1) la DUDH menciona específicamente los derechos socio-económicos de las personas con discapacidades: el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo comida, vestido, habitación y servicios médicos y sociales, y el derecho a servicios sociales en el caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez. El artículo 7 garantiza la igualdad ante la ley y la protección por igual de la ley para todas las personas, incluso en contra de la discriminación.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) (artículo 26)
Este tratado lista algunos derechos relevantes en cuanto a la discapacidad. El artículo 26 establece que todas las personas son iguales ante la ley y tienen el derecho a la protección por igual de ésta.

Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971) Esta declaración fue proclamada por la Asamblea General de la ONU y establece que: "El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991) Este documento fue adoptado por la Asamblea General de la ONU y establece normas uniformes para la protección de personas con discapacidad mental. Asimismo enfatiza que todas las personas tienen

²⁸ La información contenida en esta sección es una versión adaptada de datos extraídos del sitio de Human Rights Education Associates. En línea: [http://www.hrea.net/index.php?language_id=2]

el derecho al mejor servicio médico mental disponible y que esas personas con enfermedades mentales, deberán ser tratadas con humanidad y respeto por la dignidad inherente del ser humano. Las personas con discapacidad mental también tienen el derecho a la protección en contra de la explotación económica, sexual y otras, del abuso físico u otro, y al trato degradante. Los principios estipulan que no debe haber discriminación a causa de enfermedad mental y que una persona con una enfermedad mental debe tener el derecho de ejercer todos sus derechos civiles y políticos. En el caso de que una persona no goce de capacidad legal debido a su enfermedad mental, cualquier decisión relacionada con el bienestar de esta persona deberá hacerse después de una audiencia hecha por un tribunal independiente e imparcial establecido por el derecho doméstico.

Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993) Adoptadas por la Asamblea General en 1994 después de la Década de las Personas Discapacitadas, las Normas Uniformes no constituyen un documento legalmente obligatorio para los Estados miembros. Sin embargo, representan "el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades." El documento establece precondiciones de igualdad de participación, áreas específicas de igualdad de participación, disposiciones de ejecución y mecanismos de supervisión.

Declaración de Beijing sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2000) Esta declaración fue adoptada en la Conferencia Cumbre Mundial de ONG's sobre Discapacidad, y hace un llamado para mejorar los estándares de vida, la igualdad de participación y la eliminación de actitudes y prácticas discriminatorias.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA)

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad (1999) Esta Convención fue hecha con el propósito de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación en contra de las Personas Discapacitadas y de promover su integración total en la sociedad.

Declaración de Caracas (2000) Adoptada por diferentes países, entre ellos Chile, en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. Por su relevancia en el desarrollo posterior de la Política y Plan Nacional de Salud Mental, a continuación presentamos el segmento central de este documento: "Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Declaran

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.

3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - Salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - Estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados.
 - Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - Aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
 - Promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
 - Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;
 - Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al Monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos. Para lo cual,

Instan

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.”

La Declaración de Caracas le ha dado forma a un “sistema de protección de derechos humanos” de las personas con trastornos mentales, que no existía con anterioridad a su promulgación y cuyo fundamento jurídico descansa en las convenciones internacionales y regionales ratificadas por los Estados Miembros de la OPS/OMS. Los pilares básicos de este sistema de protección son (Vasquez J., 2003)

- La diseminación de las normas generales y los estándares internacionales y regionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidades mentales;
- La incorporación de estas normas y estándares en las políticas, planes y legislaciones de salud mental.
- El empoderamiento de los usuarios para reclamar sus Derechos Humanos y libertades fundamentales de acuerdo a los mecanismos legales nacionales e internacionales
- La colaboración técnica con los organismos internacionales y regionales de Derechos Humanos tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los organismos de derechos humanos creados por los tratados propios del Sistema de las Naciones Unidas,

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile (2000). A la luz de lo convenido en la historia de protocolos y cuerpos legales internacionales anteriormente reseñados, y teniendo como antecedente directo la Declaración de Caracas, en el año 2000 se genera el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (PNSM). Este Plan tiene como propósito “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre

sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2000).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría recoge y sistematiza la experiencia de trabajo de muchas personas que en su condición de usuarios, familiares de los usuarios, técnicos y profesionales de la salud hicieron un valioso aporte a la reflexión y al análisis colectivo. En él se señalan los objetivos y las estrategias que se deben seguir para orientar los recursos del Estado hacia acciones que mejoren el bienestar y la salud mental de los chilenos. El Plan tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (MINSAL 2000).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental. Además, se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red dentro del sector de la salud y junto con otros sectores en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios.

Esto se traduce en la necesidad de restar presupuesto y centralidad al Hospital Psiquiátrico, en pro de la redistribución de los cuidados y servicios en el contexto local natural del usuario, mediante diferentes programas que se adapten de forma dinámica a los requerimientos de los usuarios, y que interactúen con la sociedad civil organizada y el resto de la red de servicios públicos. El espíritu de este plan queda, así, encarnado en la labor de Fundación Rostros Nuevos.

Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad Mental (2008)

El propósito de esta Convención queda explicitado en su primer artículo, y no es otro que promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, conforme a su dignidad. Se entiende que la expresión “personas con discapacidad” incluye “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Los principios generales que inspiran esta Convención se resumen en:

- Artículo 1 Define el propósito de la convención: “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, conforme a su dignidad.”
- Artículo 2 y 3 Provee definiciones y principios generales.
- Artículos 4 - 32 Define los derechos de las personas con discapacidad y las obligaciones de los estados partes hacia ellas. Muchos de estos derechos ya habían sido explicitados en convenciones previas de la ONU, pero en este caso se incluyen obligaciones específicas que aseguren que serán plenamente asegurados para las personas con discapacidad.

- Los derechos específicos de esta Convención incluyen el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad (Art. 19), el derecho a la movilidad personal (Art. 20), habilitación y rehabilitación (Art. 26), y a la participación en la vida política, pública y cultural, la recreación y la práctica deportiva. (Art. 29 y 30).
- Además, los Estados partes deben aumentar la conciencia sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art. 8), y asegurar el acceso a caminos, edificación e información (Art. 9).
- Artículo 33 - 39 Regular la presentación de reportes y el seguimiento de la convención.
- Artículo 40 - 50 Regular la ratificación, entrada en vigor y enmienda de la Convención.
- Artículo 49 También requiere que la convención esté disponible en formatos accesibles para todas las personas.

La no discriminación descansa en el reconocimiento que los Estados parte de la Convención hacen del principio de igualdad ante la ley y, por tanto, del derecho a idéntica protección legal. Por discriminación la Convención entiende cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. La Convención se refiere, en este orden, a los “ajustes razonables” que deberán llevar a cabo los Estados signatarios para evitar la discriminación, de modo que su denegación comportará una forma de la misma. Por “ajustes razonables” deben entenderse todas aquellas “modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”.

Son objeto de una específica consideración las mujeres y los niños y niñas con discapacidad. Respecto de estos últimos, la protección del interés superior del niño tendrá una consideración primordial en todas las actividades relacionadas con ellos.

ANEXO N° 5: LEY N° 20.422 QUE ESTABLECE NORMAS SOBRE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES E INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

A principios de este año 2010 fue aprobada y promulgada la Ley que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. El nuevo cuerpo legal asegura el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad.

Esta legislación coloca el acento en los derechos de las personas y recoge los nuevos paradigmas a nivel internacional, como a la vez, persigue adecuarse progresivamente a los nuevos estándares definidos en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2009), ratificada por nuestro país.

A continuación se presenta una lista con los principales contenidos de la Ley, en relación a las personas con discapacidad mental.

- Se perfeccionan y profundizan las acciones en materia de prevención y rehabilitación de las discapacidades.
- Se amplía la acción de Estado a favor de las personas con discapacidad, a través de la ejecución de programas y creación de apoyos.
- Se incorporan un conjunto de medidas, adecuaciones y apoyos orientados al acceso, mantención y progreso de las personas con discapacidad en el sistema educacional.
- Se asegura el pleno acceso de las personas con discapacidad a las edificaciones colectivas públicas y privadas, edificaciones de uso público, a los parques y plazas y aéreas verdes.
- Se perfeccionan las normas sobre estacionamientos preferentes para los vehículos que conducen personas con discapacidad o que las transportan.
- Se amplían los mecanismos de exención y rebajas tributarias para la importación de vehículos, y otros apoyos, entre muchas otras medidas de accesibilidad y participación.
- Teniendo en cuenta la importancia del trabajo para el desarrollo y la autonomía personal, esta ley consagra la obligación de crear instrumentos que favorezcan la contratación de personas con discapacidad y la posibilidad para estas de celebrar el contrato de aprendizaje, sin límite de edad.
- Se establece que toda persona que, por causa de una acción u omisión arbitraria o ilegal, sufra amenaza, perturbación o privación en el ejercicio de los derechos consagrados en esta ley, podrá concurrir, por sí o por cualquiera a su nombre, ante el juez de policía local competente de su domicilio para que adopte las providencias necesarias para restablecer el derecho afectado.
- Asimismo, se aumentan las multas al que fuere sancionado como autor de un acto u omisión arbitraria o ilegal, en los términos previstos en el artículo 56 de esta ley, pagará una multa de 10 a 120 unidades tributarias mensuales.
- Adicionalmente, la Administración del Estado, el Congreso Nacional, el Poder Judicial y el Ministerio Público, con el objeto de favorecer la inclusión laboral, en sus procesos de selección de personas deberán dar preferencia a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones y mérito con otros postulantes.

Finalmente, dentro de las medidas más relevantes del proyecto de ley se establece una moderna y robusta institucionalidad pública destinada a integrar la discapacidad como un tema central de las políticas públicas, generando instituciones e instrumentos que dan cuenta de los nuevos desafíos que enfrenta el país en materia de igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad. Se crea el Comité de Ministros de la Discapacidad, el Consejo Consultivo y el Servicio Nacional de la Discapacidad.

Esto último implica el tránsito desde un Fondo (FONADIS) a un Servicio Público (SENADIS), que coordina el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutados por los distintos organismos del Estado. Elabora y ejecuta el plan de acción de la política nacional para personas con discapacidad; financia planes, programas, proyectos, ayudas técnicas y servicios de apoyo. Para finalmente velar por el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con la protección de los derechos de las personas con discapacidad.

ANEXO N° 6: PLAN INDIVIDUAL DE TRABAJO

El propósito del Plan Individual de Trabajo (PIT) es describir, sistematizar y conducir el proceso de la persona en el programa, de acuerdo a la estrategia comunitaria y de articulación local.

El plan está organizado de la siguiente forma:

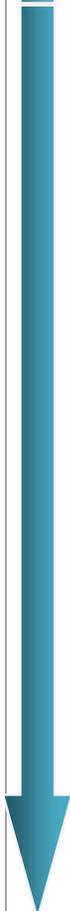
- Planteamiento de objetivos, como fines o propósitos que se busca alcanzar a través de estrategias contenidas en el mismo plan.
- Asociación a un Eje Transversal que nos permita focalizar la estrategia de acción en armonía con los lineamientos institucionales.
- Metas concretas establecidas con y para la persona
- Indicadores que clarifique desde un principio la forma y unidad de medición del Plan.
- Estrategias asociadas al cumplimiento de las metas
- Responsabilidades de cada miembro del equipo en la ejecución de esas actividades
- Verificador como prueba del cumplimiento de las acciones contenidas en la estrategia.
- Logro, como consecuencia del avance de las Metas, relacionados directamente al resultado que arroje el indicador.

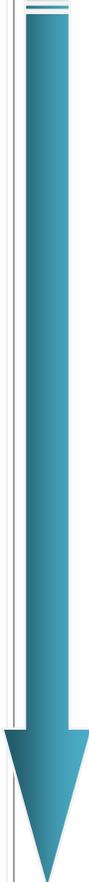
El PIT se compone de 5 variables o áreas del proceso de las personas que participan en el programa Hogar Protegido, organizadas en un continuo que va desde el polo individual al polo social, como apuesta táctica, que permite potenciar y entrenar las herramientas necesarias para la inclusión comunitaria.

A la base de esta matriz, subyace la idea de que las pérdidas en áreas individuales más básicas y sencillas de una persona derivarán en dificultades de ajuste o fracaso en tareas más complejas de funcionamiento psicosocial.

De esta forma es posible focalizar metas dentro del proceso de cada integrante, identificar acciones conducentes al logro de dichas metas, y verificar periódicamente los avances mostrados en cada área. El carácter multidimensional de la experiencia de una persona con discapacidad mental implica, a su vez, un abordaje integral, en el que confluyen disciplinas profesionales ligadas a la rehabilitación psicosocial, paradigmas de intervención diferentes, opiniones y puntos de vista particulares. Para que esta riqueza de miradas y propuestas resulten en un proceso coherente, sistemático y verificable es necesaria una “guía de ruta” que oriente el proceso y lo haga entendible y aceptable para todos los que participan en él, principalmente para la persona. Esta es la fortaleza y el sentido del PIT.

	Variable	Dimensión	Sub dimensión
	<p>Salud: Entendida como el cuidado a través de iniciativas de prevención y tratamiento que incluyen estrategias anticipatorias de cuidado y/o procedimientos terapéuticos y médicos necesarios de abordar tanto fuera como dentro de la Unidad</p>	<p>Mental: Entendida como las estrategias que buscan mantener compensado el cuadro de salud mental de la PcDM, con el fin de no alterar el proceso psicosocial. Bajo este eje entendemos la Adherencia al Tratamiento de salud mental y general y la Conciencia de Enfermedad.</p> <p>General: Entendida como las estrategias que buscan mantener compensado el cuadro de salud general de la PcDM, con el fin de no alterar el proceso psicosocial. Bajo este eje entendemos la Adherencia al Tratamiento de salud general.</p>	
	<p>Habilidades personales: Competencias necesarias para actuar en forma adecuada y funcional, permitiendo con ello la integración a contextos sociales. En el trabajo en Hogar Protegido lo entendemos desde lo individual y lo relacional.</p>	<p>Individuales: Bajo esta dimensión agrupamos las Habilidades Cognitivas y las Actividades de la Vida Diaria (AVD).</p>	<p>Habilidades Cognitivas: entendemos “los procesos cognitivos que están a la base del procesamiento de la información, y son necesarios para el aprendizaje, la interacción social, la resolución de conflictos y por tanto, la adaptación al entorno” (MINSAL, 2006). Las AVD: son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda</p>

			<p>continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.</p>
		<p>Relacionales: Bajo esta dimensión agrupamos las Actividades de la Vida Diaria (AVD) Instrumentales y las Habilidades Sociales,</p>	<p>Las AVD Instrumentales permiten a la persona interactuar con su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc. (Biopsicología s.f.) Las Habilidades Sociales (HS) son conductas que posibilitan un adecuado funcionamiento en las relaciones interpersonales e incluyen los aspectos afectivos, cognitivos y volitivos. Estas habilidades pueden adquirirse tempranamente en la vida o a lo largo de ella, generalmente por imitación, y son aplicadas en forma sistemática por los individuos, a medida que le reportan beneficios directos. Se materializan en capacidades de comunicación verbal y no verbal, asertividad, identificación y expresión de afectos y emociones, escucha y empatía,</p>

			clarificación, análisis y reflexión, percepción del contexto interpersonal y actitud acorde, autocontrol y control de impulsos según normas sociales, colaboración (MINSAL, 2006).
	<p>Familia: Grupo consanguíneo o no, con el cual buscamos acercamiento y fortalecimiento de vínculos fragmentados o debilitados, manteniendo como eje de acción a la PcDM y la posibilidad de establecer, con quien define como significativo, una relación recíproca de apoyo social (emocional, instrumental, informacional)</p>	<p>Apoyo Emocional: Otorgar espacios intencionados entre la persona y su familia que permitan hablar, compartir sentimientos, pensamiento, experiencias y sentimientos.</p>	
	<p>Apoyo Instrumental: referida a la ayuda directa (material o de servicios) que favorezcan el vínculo con la persona.</p>		
	<p>Apoyo Informativo: Se recibe a través de la entrega de conocimiento a la familia sobre la persona y de la persona sobre la familia (orientación, resolución de problemas, conocimiento del estado actual e historia del otro).</p>		
	<p>Participación: Busca la transformación de una realidad personal o familiar mediante la utilización de las garantías sociales del Estado y la participación comunitaria.</p>	<p>Garantías Sociales: Son derechos sociales que el Estado compromete a todos sus miembros solo por el hecho de formar parte de ella que se traducen en un conjunto acotado de oportunidades, bienes y servicios que resguardan el desarrollo humano de las personas</p>	
	<p>Comunitaria: Considera la participación en redes formales o de servicios, que está dada por su modos de ejercer la ciudadanía de</p>		

		<p>manera individual (voto electoral, opinión pública), ayuda dirigida a miembros de su comunidad (amigos, familia, vecinos), voluntariado, adhesión a movimientos sociales, pertenencia a una organización, participación de la vida en su comunidad.</p>	
	<p>Ocupación Humana</p> <p>Ocupación Humana es la actividad principal de los seres humanos que se compone de objetivos serios y productivos, y comportamientos lúdicos creativos y festivos. Es el resultado de los procesos de la evolución que culminan en una necesidad biológica, psicológica y social tanto para la actividad lúdica como para la productiva. (Gary Kielhofner).</p>	<p>Recreación y uso del tiempo libre:</p> <p>Implica la variedad de comportamientos desde la infancia hasta la vejez (...) y comprende comportamientos de exploración, creativos y de deportes, en la niñez, adolescencia y la vida adulta disminuye en cantidad y se transforma en pasatiempos, recreación, social deportes, celebración cultural y ritual.</p>	
		<p>Empleabilidad:</p> <p>Encontramos en esta dimensión la Preparación Laboral, que tiende a un conocimiento más específico en alguna materia, se ejecuta en un Centro de Preparación para el trabajo. Así también considera la capacitación laboral como parte de la formación necesaria para definir la integración a un oficio o disciplina. Finalmente la empleabilidad incluye el proceso de integración a un trabajo formal apatronado o la posibilidad de desarrollar algún emprendimiento individual o grupal.</p>	

PLAN INDIVIDUAL DE TRABAJO



Nombre					Edad				
Diagnóstico									
Período del Plan	Desde				Hasta				
Responsable del Plan									
Variable	Dimensión	Objetivo	Meta	Indicador	Acción	Quién ejecuta	Eje transversal	Verificador	Logro
Salud	Mental								
	General								
Habilidades personales	Individuales								
	Relacionales								
Familia	Emocional								
	Instrumental								
	Informacional								
Participación	Garantías Sociales								
	Comunitaria								
Ocupación Humana	Recreación y uso del tiempo libre								
	Empleabilidad								

METODOLOGÍA Y CÁLCULO:

El Porcentaje de Logro por Dimensión será a equivalente a:

Metas logradas de la dimensión * 100 / Total de metas de la dimensión = % de logro por dimensión (PLD).

El Porcentaje Global de logro del PIT será el promedio de los porcentajes de cada dimensión, expresado por la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{PLD}}{\text{Total de dimensiones abordadas}}$$

Una vez obtenido el Porcentaje Global de Logro se procede a ubicar la categoría de la puntuación en la Tabla Escala Porcentual. Esta tabla orienta las acciones a desarrollar por parte equipo en el Plan de Rehabilitación de la persona.

ASPECTOS GENERALES:

1. Las evaluaciones y estados de avances del PIT son un proceso que debe quedar documentado en la ficha de cada persona.
2. Si la persona presenta cambios significativos en su salud física o mental, el equipo deberá actualizar y/o adecuar el PIT a esas nuevas condiciones.
3. Se sugiere realizar evaluaciones trimestrales del PIT.
4. El proceso de evaluación es transversal a todas las categorías porcentuales.

TABLA DE ESCALA PORCENTUAL

Porcentaje	Categoría	Acciones a Desarrollar
Inferior a 50%	Logro insuficiente de metas PIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las metas no cumplidas en los plazos estimados. 2. Evaluar la pertinencia de los planes de acción para el logro de esas metas. 3. Evaluar el seguimiento realizado al proceso de esa persona. 4. Evaluar si los resultados se relacionan con condiciones de salud física/mental de la persona y/o con eventos inesperados. 5. Elaborar acciones correctivas a implementar a corto plazo.
51% - 79%	Logro intermedio de Metas PIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar los avances y/o metas logradas en la persona en las distintas dimensiones, como así también las metas y planes de acción que quedan por implementar. 2. En esta etapa el E.R. deberá comenzar a estimar nuevas metas PIT en función de las áreas y metas logradas. 3. Rediseñar el PIT y plantear nuevas metas para una nueva etapa del Proceso de Rehabilitación de la persona
80% - 100%	Logro Satisfactorio de Metas PIT.	<p>Cuando el % de logro global es superior al 80%, se determinará si es necesario plantear nuevas metas, acciones y plazos para su cumplimiento o si es posible y adecuado planificar un proceso de seguimiento/egreso para la persona, según el Protocolo de Seguimiento.</p>

ANEXO N° 7: MANUAL DE ADMINISTRACIÓN Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS EXCLUSIVO PARA HOGARES PROTEGIDOS SUPERVISIÓN 24 HORAS.



Introducción

La administración de medicamentos es una de las intervenciones más frecuentes en nuestros programas, por lo que es fundamental tener estandarizados los procedimientos para su correcta ejecución, certificando la calidad de los cuidados que prestamos a las personas que se encuentran acogidos a nuestro cargo en nuestras residencias, de forma eficiente y segura.

Este manual va dirigido a establecer el flujo relacionado con la administración de medicamentos al interior de los programas residenciales (Centros de Larga estadía, Residencias Protegidas y Hogares protegidos 24hrs.) de la Fundación Rostros Nuevos. Contiene información que busca facilitar la implementación de procedimientos para la recepción, almacenamiento, flujo interno y suministro de medicamentos a los acogidos de la Fundación; así también, formaliza los procedimientos y favorece el control tanto interno como externo a los programas.

Se ha escrito de manera didáctica para que sea de utilidad al personal del área de salud designado, que administra tratamientos medicamentosos, atender las consultas generadas sobre administración de medicamentos y para el control de las jefaturas de unidad en su rol de fiscalizadores de la adecuada implementación del flujo y suministro de los mismos.

Aunque existe a disposición de las personas en la web una serie de publicaciones que se constituyen en guías para la manipulación de medicamentos, es indispensable que nuestros programas cuenten con su propio instructivo que considere sus recursos, volumen de trabajo, etc. Al contar con procedimientos que están estandarizados (existentes en las normativas vigentes) se facilita la ejecución del flujo y se asume su cumplimiento.

Hasta el momento no contábamos con un documento que integre aspectos relativos a seguridad del acogido y seguridad de los manipuladores, en esta materia. Es importante que el personal que lleva a cabo esta práctica de almacenamiento y preparación de medicamentos integre a través de una sola guía ambas medidas, evitando con ello la improvisación en la práctica.

Terminologías utilizadas en el presente manual

Medicamento	Es cualquier sustancia que busca producir un efecto farmacológico.
Efecto farmacológico	Es el cambio que se produce en algún sistema o en alguna parte del organismo ya sea celular, humoral o microbiano.
Efecto deseado	Cambio en el organismo por el cual fue creado el medicamento.
Efecto colateral	Son los efectos farmacológicos no deseados por el medicamento.
Efecto tóxico	Es el efecto que se produce por el aumento de concentración del medicamento en la sangre.
Administración de medicamentos	Es el procedimiento mediante el cual un fármaco es proporcionado por el personal de salud al acogido por distintas vías de administración, según indicación médica escrita y que debe ser debidamente informado y registrado
Vías de administración	Es la zona o lugar por donde el medicamento entra al organismo
Clasificación	
Enteral	(Natural) Oral, sublingual, rectal.
Parenteral	(Artificial) Intradérmica, subcutánea, intramuscular, Endovenosa, Intracardiaca, Intrarraquídea, Interarticular.
Tópica	(Natural) La vía tópica utiliza la piel y las mucosas para la administración de fármaco.

Esquema Farmacológico: Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita completa, con letra clara y legible y que debe contener:

- ✓ Individualización del acogido (nombre y apellidos)
- ✓ Fecha y hora de la indicación
- ✓ Nombre del medicamento (genérico)
- ✓ No usar abreviaturas
- ✓ Dosis según presentación del fármaco (miligramos, unidades, gramos, centímetros cúbicos, etc).
- ✓ Vías de administración.
- ✓ Frecuencia de la administración.
- ✓ Nombre y firma de quien registra la indicación.
- ✓ Todo cambio de indicación debe consignarse.

Error de medicación: (EM) es cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al acogido o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo el control del personal del programa.

Aspectos a considerar desde el punto de vista de seguridad del acogido

- Asepsia de la preparación.
- Prevención de errores de medicación.
- Técnica de administración (prevención y tratamiento de la extravasación).

Las áreas a considerar en este manual son:

- Área de almacenamiento.
- Áreas de organización de tratamientos medicamentosos.
- Administración del medicamento.

1. Área de almacenamiento:

El ordenamiento y manejo de los medicamentos en la unidad de salud es un aspecto importante para el buen funcionamiento de la atención, pues permite:

- Tener siempre medicamentos a disposición, sobre todo, los más importantes.
- Reconocer en todo momento el nombre, concentración, buen estado, vía de administración y fecha de vencimiento de los medicamentos.
- Conservarlos en buen estado.
- Despachar de manera correcta.
- Evitar los pedidos de emergencia, cuestan dinero y tiempo.
- Ganar tiempo que podemos dedicar a otras actividades de atención.

Cómo organizar el área de almacenaje de medicamentos:

Acomodar el lugar

- Escoger, si es posible, un lugar separado, fresco, ventilado y sin humedad.
- Ese lugar tiene que ser seguro para evitar robos, y práctico para el despacho y la limpieza.
- Ubicar los medicamentos en estantes con llave donde estén agrupados por persona el tratamiento completo vigente o en contenedores de igual forma individual y con la totalidad del tratamiento vigente.
- Mantener los espacios destinados al almacenamiento bien limpio para prevenir plagas de insectos, ratones, etc.

Ordenar los medicamentos

- **identificarlos** correctamente según sean:
 - ✓ De uso oral.
 - ✓ Inyectables.
 - ✓ De uso externo.
- Luego se organizan por persona o residente. No deben mezclarse medicamentos de distintas personas independientemente que sean del mismo tipo.
- El lugar donde se almacena el tratamiento farmacológico por usuario debe tener claramente identificado con **etiqueta** el nombre de la persona que corresponde el tratamiento.
- Cuando entran los últimos medicamentos pedidos, averiguar siempre las fechas de vencimiento y llevar registro de los mismos.
- Si existen medicamentos que no corresponden al esquema farmacológico actualizado hay que egresarlos del programa (según protocolo) lo más pronto posible.

Cuidar la refrigeración

- Artefacto de refrigeración. Se pondrán en ella los medicamentos que necesitan guardarse a temperatura fría (vacunas, supositorios, insulina, otros.)
 - ✓ Debe mantenerse limpia y ordenada.
 - ✓ Usarla sólo para medicamentos.
 - ✓ **¡NO** para refrescos ni para comida!
 - ✓ Abrirla lo menos posible.
 - ✓ Debe tener termómetro para control de temperatura
 - ✓ Llevar control diario de la temperatura. (anexo perfil de temperatura mensual)

Cómo conservar la calidad de los medicamentos

Para evitar que los medicamentos se deterioren y pierdan su calidad es importante protegerlos de la humedad, del sol y del agua al trasladarlos y almacenarlos.

Humedad

- ✓ Mantener el lugar ventilado.
- ✓ Tape bien el contenedor o repisa donde estén los medicamentos.

- ✓ No mantener destapados o en estantes abiertos, aunque sean de uso frecuente.
- ✓ Cuanto más calor hay en el local de la farmacia más húmedo es el aire.

Sol

- ✓ La luz fuerte puede dañar los medicamentos.
- ✓ Poner cortinas en las ventanas o pintarlas.
- ✓ Conservar los medicamentos en sus envases o envoltorio.
- ✓ Jamás desgranar o mantener fuera del envoltorio original
- ✓ No almacenarlos al sol.

Calor

- ✓ El calor afecta a muchos medicamentos especialmente los ungüentos, cremas, supositorios.
- ✓ Ciertos medicamentos deben conservarse en la refrigeradora, sin congelar.

Cómo reconocer los medicamentos dañados;

Se puede reconocer que los medicamentos están dañados fijándose en lo siguiente:

Olor

- ✓ Algunos medicamentos, cuando han sido afectados por el calor y la humedad, tienen un olor diferente al habitual.
 - *Ejemplo: la ASPIRINA adquiere un olor muy ácido, a vinagre.*

Color

- ✓ Algunos medicamentos cambian de color o se cubren de manchas.
 - *Ejemplo: la VITAMINA C.*

Fraccionamiento

- ✓ Cuando las tabletas están húmedas, se desecan, se fraccionan o se pegan unas con otras.
 - *Ejemplo: las MULTIVITAMINAS.*

Resecamiento

- ✓ Algunos medicamentos se resecan y se ven como la tierra seca.
 - *Ejemplo: las tabletas de hidróxido de ALUMINIO.*

Humedecimiento

- ✓ Se reconoce que un medicamento está humedecido cuando pierde firmeza y tiende a desbaratarse fácilmente.
 - *Ejemplo: NO DEBEN USARSE las sales de rehidratación oral cuando tienen un color oscuro, están pegajosas o no se disuelven, eso significa que las cerraron mal y fueron afectadas, por la luz, la humedad y el calor.*

Transparencia

- ✓ En los medicamentos inyectables si observamos partículas, el líquido está turbio o no tiene su color habitual, NO DEBEMOS INYECTARLO.

Cómo reconocer los medicamentos vencidos:

Después de un cierto tiempo los medicamentos pierden su eficacia y algunos, como la TETRACICLINA, se vuelven tóxicos.

La fecha de vencimiento es la fecha hasta la cual el laboratorio fabricante garantiza que el medicamento conserva su eficacia y calidad inicial, si ha sido almacenado y manejado en condiciones adecuadas.

En principio, todos los medicamentos tendrían que llevar en el envase su fecha de fabricación y su fecha de vencimiento, escritas de manera clara.

Siempre verificar estas fechas antes de adquirirlos o usarlos.

Cuando una sola fecha aparece en el envase, se trata en general de la fecha de fabricación.

Si no logramos identificar la fecha de vencimiento en un medicamento, o si tenemos medicamentos vencidos, tenemos que pedir consejo al responsable de equipo de salud del centro de salud o farmacia del hospital correspondiente que proveyó el mismo, nos dirá si podemos utilizar eventualmente esos fármacos y durante cuánto tiempo o si tenemos que descartarlos.

Qué hacer con los medicamentos a descartar:

- **NO deben botarse** con la basura (Pueden contaminar el ambiente o ser recogidos por personas que luego se pueden intoxicar).
- Analizar las causas que favorecieron el vencimiento.
- Se deberá anotar las bajas en registro de eliminación

Como registrar el abastecimiento recibido (entrada de medicamentos)

Recibir el abastecimiento de receta o pedido con cuidado

- La persona responsable de recibir el pedido debe:
 - ✓ Verificar que las cantidades definidas por el médico tratante concuerden con lo que nos entregan (cotejo).
 - ✓ Verificar que los datos del etiquetado estén completos (descripción del producto y fecha de vencimiento como mínimo).
 - ✓ Revisar que el medicamento esté en buen estado.
 - ✓ Firmar la hoja de recepción del pedido.
 - ✓ Registrar en Ficha existencia de medicamentos.

Cuando llega el abastecimiento (entrada de medicamento), lo apuntamos en “Ficha control de existencia de Medicamentos” con la fecha en que entró. Este registro es individual (cada residente debe tener su ficha lo que permite el control individual de existencia)

Por ejemplo: si el 10 de Febrero entraron 270 tab. de ACETAMINOFÉN 500 mg, desde farmacia Hospital XX, apuntaremos así en ficha de control de existencia.

Ejemplo de Ficha Control Existencia de Medicamentos

Medicamento: Acetaminofén 500mg

N° comprimidos que ingresa	fecha Vencimiento	Origen	Nombre médico tratante o que receta	Saldo	N° comprimidos que egresa	Destino	Saldo
200	10/02/2014	Farmacia Hospital XX	Juan Pérez				

Regularmente, tenemos que averiguar si lo marcado como existencia corresponde a lo que hay realmente. Si encontramos diferencia, analizar por qué. Cada Residente contara con la misma cantidad de fichas que su esquema farmacológico contemple en relación a los fármacos distintos que le fueron indicados.

Sobre estupefacientes y psicótopos:

Art. 35 del Título III de la producción y expendio (del Dto. 404 de 1983, publicado en diario oficial el 20 de febrero de 1984). Todos los establecimientos autorizados para mantener existencias de productos estupefacientes deberá conservarlos permanentemente bajo llave y adoptar las demás medidas necesarias para prevenir su hurto, robo, sustracción o extravío. (Numeración de los Artículos 33, 34, 35, 36, 37 y 38 ha sido modificada por: 32, 33, 34, 35, 36 y 37, respectivamente, por la letra s) del Dto. 364/84, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 18.01.85)

Art. 34. Del Título III de la producción y expendio (del Dto. 405 de 1983, publicado en diario oficial el 20 de febrero de 1984) Todos los establecimientos autorizados para mantener existencias de productos psicotrópicos deberán conservarlos permanentemente bajo llave y adoptar las demás medidas necesarias para prevenir su hurto, robo, sustracción o extravío. (Inciso remplazado, por el que aparece en el texto, por el N° 1°, letra q), del Dto. N° 365/84, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 23 -02-85)

2.- Organización de tratamientos medicamentosos:

a) Registrar el medicamento despachado (salida)

- Para poder controlar y analizar el medicamento que sale es necesario:
 - Registrar la salida de medicamentos desde el lugar central de almacenamiento (estantes u otro implementado en el espacio de almacenamiento general) en Ficha existencia de medicamentos.
 - Registrar lo que se entrega a cada persona (Hoja control de tratamiento.)
 - Registrar en el registro de eliminación las eventuales bajas de medicamentos por vencimiento, deterioro, etc.
 - Si el abastecimiento es incompleto puede ser útil registrar en hoja de tratamiento (observaciones), cuántos días hizo falta el medicamento durante el mes (dd=días desabastecidos) para poder analizar mejor el consumo.

b) Organización de ingestas durante el turno

Comprobar:

- Revisión del esquema farmacológico
- La comprensión de la orden escrita: preparado, fecha, vía, dosis a administrar, pauta horaria y hora comienzo dosis (si precisa).
- Que no existen alergias conocidas.
- Identificación del fármaco: compuesto, fecha de caducidad, vía de administración y posibles efectos secundarios, toxicidad, tolerancia, efecto acumulativo e interacción de fármacos.
- El fármaco que esté en condiciones óptimas.
- Disposición de los medicamentos de cada persona para la ingesta.

3.- Entrega de medicamentos para la ingesta de los residentes:

- Lavado de manos del monitor.
- Revisar fármaco exacto, dosis exacta, acogido exacto, vía exacta y hora exacta.
- Verificar inmediatamente antes de administrar la dosis que el acogido esté en condiciones óptimas para que sea administrada de lo contrario anotar en libro de novedades.
- Explicar al acogido el propósito y la importancia de que ingiera la medicación.
- Colocar al acogido en una posición correcta (lateral, semi-sentado, etc.).
- Ofrecer el fármaco a ingerir.
- El/la funcionario/a de trato directo debe administrar la dosis al acogido.
- Quedarse con el acogido hasta que todos los medicamentos pautados hayan sido tragados.
- Registrarla en hoja registro de tratamiento los fármacos efectivamente ingeridos por el acogido.
- Tras la administración, detectar, valorar y reseñar posibles reacciones adversas al fármaco.
- En caso de un ERROR u omisión NO intencionada en la administración de la medicación informar a Jefe de Programa Social, Monitor y registrar en cuaderno de novedades.
- Seguimiento posterior de todas las incidencias relacionadas con la medicación.
- Frente a reacciones adversas iniciar protocolo de urgencias de salud.

ANEXO 8: DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES DE PROGRAMAS HOGAR PROTEGIDO

El programa Hogar Protegido deberá velar por el cumplimiento de las disposiciones de la Convención de Derechos de personas con discapacidad (2008), la Ley N° 20.584 de los Derechos y deberes del acogido, la Ley N° 20.422 establece normas sobre igualdad de oportunidades e Inclusión social de personas con discapacidad y la normativa vigente para Hogares Protegidos de Ministerio de Salud (2006).

Lo que implica que el participante del Hogar Protegido tiene el derecho a que en el programa:

1. Se promueva, proteja y asegure el goce pleno, y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas, conforme a su dignidad.
2. Se velará por que la persona reciba un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.
3. Se respetará y protegerá la vida privada y la dignidad de la persona.
4. Se le proporcionará información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito respecto de su tratamiento o diagnóstico, entre otros.
5. Se le mantendrá constantemente informado respecto a los objetivos del programa, las prestaciones a las que tiene acceso, las normas del Hogar Protegido. y sus derechos.
6. Se entreguen los cuidados básicos requeridos por los residentes entre los que se encuentran la alimentación balanceada, vestuario, cuidados de enfermería, servicios básicos; implementos e infraestructura adecuadas a los cuidados requeridos.
7. Se garantice que las actividades de la vida diaria que realicen las personas que viven en el programa estén orientadas a su inclusión social.
8. Se brinden cuidados prolongados, con seguridad y protección, al mismo tiempo que se les da la oportunidad y apoyo para lograr el máximo nivel posible de autovalencia y autonomía de acuerdo a sus capacidades.
9. Se diseñe participativamente el Plan Individual de Trabajo, para luego facilitar la implementación, seguimiento y actualización de éste.
10. Se garantice el acceso a la atención de salud primaria y el acceso a programas con un enfoque comunitario, tales como COSAM u otros que se realicen en la comunidad, así como también la atención ante una emergencia de salud general o psiquiátrica.
11. Se garantice el acceso a fármacos y otras formas de tratamiento prescritas por los equipos tratantes.
12. Se dispongan de las medidas de seguridad suficientes para la prevención de emergencias. Por ejemplo la implementación de luces de emergencia, señalética, vías de escape y protocolos, entre otros).
13. Se disponga de procedimientos definidos por escrito para el acceso y atención oportuna en un tiempo no superior a 12 horas para situaciones de emergencia en salud general y psiquiátrica.
14. Se garantice el pleno respeto a la dignidad de la persona en situaciones de emergencia donde sea necesaria la contención ambiental o farmacológica de acuerdo al protocolo correspondiente.
15. Se respetará el enunciado de la Ley N° 20.584 de los Derechos y deberes del acogido en el cual, la persona podrá ser tratada involuntariamente siempre que se certifique por un médico psiquiatra que la persona padece una enfermedad o trastorno mental grave, suponiendo su estado un riesgo real e

inminente de daño a sí mismo o a terceros, y que suspender o no tener tratamiento significa un empeoramiento de su condición de salud.

Y a su vez, el participante del Hogar Protegido tiene que cumplir con los siguientes deberes:

16. Considerar como domicilio propio el Hogar Protegido en la que vive, usando de manera cuidadosa todas las dependencias de éste.
17. Conocer y cumplir con las normas dispuestas para el funcionamiento del Hogar Protegido.
18. Respetar las normas de convivencia establecidas para el Hogar así como la intimidad, el reposo y la tranquilidad de los compañeros de casa.
19. Mantener un trato cordial y digno con los funcionarios del Hogar Protegido.
20. Informar oportunamente sobre aquellas cuestiones que no considere adecuadas para su permanencia en el Hogar y el desarrollo de su Plan de Trabajo, esto implica que en primer lugar se deberá comunicar con el Monitor, y si es que no existe respuesta se comunicará con el Jefe de Unidad. Si continúan las dificultades se les comunicará al Coordinador Metropolitano, luego a Coordinador Social y en última instancia a la Directora Ejecutiva de la Fundación sea en forma verbal o escrita.
21. Participar en actividades asociadas a la implementación y desarrollo de su Plan de Trabajo Individual.

ANEXO 9: NORMAS DE CONVIVENCIA PARA HOGAR PROTEGIDO



A continuación se detallan normas básicas de convivencia para resguardar el funcionamiento al interior del Hogar Protegido. Cada hogar elaborará sus normas de convivencia, las cuales reflejarán los acuerdos que se tomen en las asambleas y espacios de participación dentro del Programa.

El residente deberá:

1. Tratar con dignidad y respeto a compañeros de Hogar, funcionarios y voluntarios. Por ejemplo evitar utilizar sobrenombres.
2. Respetar la integridad física y psíquica de compañeros de Hogar, funcionarios y voluntarios. Por ejemplo evitar insultos y golpes.
3. Respetar las creencias religiosas, políticas o maneras de entender la vida de compañeros de Hogar, funcionarios y voluntarios.
4. Respetar los acuerdos tomados en asambleas o individualmente con los funcionarios del Hogar Protegido. Por ejemplo responsabilidades, tareas, participación en actividades, paseos o salidas.
5. Cuidar sus pertenencias como también respetar las pertenencias de los otros
6. Está permitido fumar sólo en el patio del Hogar Protegido.
7. Mantener el orden y limpieza de espacios personales y comunes.
8. Mantener una buena higiene personal. Es decir bañarse y lavarse los dientes diariamente.
9. Respetar los horarios acordados en el Hogar.
10. Entrar a espacios restringidos, como cocina y oficinas, sólo con autorización expresa de funcionarios.
11. Mantener tratamiento acordado con profesionales, como por ejemplo asistir a controles y seguir indicaciones farmacológicas.
12. La tenencia de animales deben ser autorizadas por el Jefe de Programa Social y se debe cautelar condiciones dignas para el animal y su permanencia.

ANEXO N° 10: PROTOCOLOS DE ACCIÓN

Nombre del protocolo: Protocolo Evaluación en Terreno		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad mental	
Etapa del proceso: Postulación	Actividad dentro del diagrama del flujo: Entrevista a postulante	
Ejecutor: Monitor	Responsable: Jefe de Programa Social	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de entrevista en terreno. • FUP completa. • Documentación recibida en postulación (Cedula de Identidad; Antecedentes médicos y sociales; Colilla de pensión). • Instrumento de evaluación visita domiciliaria. 		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar criterios de focalización del residente para seguir avanzando en la postulación • Evaluar situación social, condiciones de habitabilidad en la cual vive la persona. • Evaluar grado de dependencia de la persona. • Confirmar antecedentes recibidos en la primera etapa junto con la motivación de la persona con el programa. 		
<p>Normas o Lineamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este protocolo está orientado a brindar directrices temáticas que deben abordarse como contenidos mínimos del proceso. • Así mismo, se espera que el Monitor desarrolle la evaluación en una actitud de respeto y acogida, facilitando un ambiente de confianza que permita identificar aquellos elementos fundamentales para determinar el ingreso o no al Hogar Protegido. 		
<p>Diagrama de acción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programación de visita. • Entrevista a postulante. • Entrevista a tutor o persona responsable. • Evaluación condiciones de habitabilidad. • Despedida y cierre. 		

Actividad N°1: Programación de la Visita.

- El Monitor coordinará día y hora para entrevista en su residencia actual. Al momento de coordinar, explicar y solicitar al tutor o persona responsable la importancia de la presencia de ambos y las razones de hacer la visita en el lugar donde habita el postulante.
- Se explicará al tutor o persona responsable de la derivación, que para seguir avanzando en el proceso de postulación es necesario que presente la documentación básica necesaria (antecedentes médico, social, CI, colilla pensión); si no la posee orientar para la gestión, principalmente de los antecedentes sociales y médicos.

Actividad N°2: Entrevista a residente

- Conversar con residente que postula e indagar su motivación por traslado y, a través de la ficha de evaluación, su grado de discapacidad y condiciones de habitabilidad.
- Dar a conocer de manera general la importancia y razones que justifican la administración de su pensión por el programa.

Actividad N°3: Entrevista persona responsable

- Conversar con persona responsable y residente presente, sobre antecedentes de la FUI, condiciones de habitabilidad y confirmar la información recogida hasta el momento.
- Explicar que la Fundación contempla un aporte por servicios residenciales proveniente del acogido que contempla el 30% del valor de su pensión, el que será utilizado para financiar parte de los gastos operacionales y el 70% será de uso y manejo exclusivo del acogido. (nota: este aporte será para aquellos hogares que no se financien al 100% producto de convenios con el Estado, situación que deberá verificar el Jefe de programa).
- Detallar que el residente, una vez ingresado estará en un “Mes de Exploración” con el objetivo de conocer en mayor profundidad a la persona para identificar las necesidades de apoyo. Explicar que esto se detallará posteriormente en un Plan de Individual de Trabajo (PIT).

Actividad N°4: Evaluación condiciones habitabilidad

- Monitor junto a persona responsable, y con previa autorización, aplicará la Ficha de Evaluación en terreno. Con esto complementará la información para analizar el grado de focalización y dependencia de la persona.
- Indaga entre cuantas personas comparten el mismo presupuesto y quienes de ellos trabajan.
- Así mismo si presentan o no algún tipo de subsidio, beca, pensión, entre otros beneficios gubernamentales.
- Monitor indaga en las redes de apoyo que presenta la familia, tutor o persona responsable.

Actividad N° 5: Cierre y despedida

- Monitor le explica a la persona y al tutor o persona responsable, que se analizará toda la información recogida en ésta.
- Monitor deberá comunicarse con la persona responsable dentro de un plazo no mayor a 7 días hábiles corridos para informar la decisión de equipo sobre la continuidad o no en este proceso de postulación y posible ingreso.
- Es importante en esta etapa del protocolo, nuevamente aclarar las razones sobre la necesidad de administrar su pensión por FRN, e indagar también la disposición del residente y responsable sobre esto.

Implementación de Protocolo:

- Se aplica en el contacto inicial entre el equipo del HP y la persona postulante. Busca corroborar información inicial sobre la persona y generar información complementaria a fin de evaluar su posible ingreso.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<p><i>Nombre del protocolo:</i> Protocolo Visita de Postulante a Hogar</p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad mental</p>	
<p>Etapas del proceso: Postulación</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Visita Hogar Protegido</p>	
<p>Ejecutor: Monitor</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social</p>	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo visita de residente a HP. • Carta de consentimiento informado para Hogares Protegidos. • Consentimiento informado • Carpeta con documentos recogidos previamente. • Personal y residentes que pertenecen a HP. 		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer al residente y responsable, el equipo, compañeros, funcionamiento, características y condiciones del Hogar Protegido. • Confirmar consentimiento de la persona al ingreso y formalizar su compromiso. • Comprometer a la persona a realizar acciones en favor de su calidad de vida. 		
<p>Normas o Lineamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El postulante tomará una decisión sobre su ingreso, y firmara carta consentimiento para Hogares Protegidos y SGS, y para esto es necesario y obligatorio dar a conocer las características de esta oferta, los derechos y deberes del residente en el HP, como también muy claramente las razones y sentido que justifican la administración de su pensión. • Es necesario motivar a la persona, dando a conocer información real, y principalmente destacar los aspectos positivos que tendrá su ingreso para su rehabilitación y calidad de vida. • La actitud por parte del equipo debe ser cálida, acogedora, cariñosa y muy clara. 		
<p>Diagrama de acción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar visita de persona. • Presentación de residentes y trabajadores del HP. • Presentación de características, funcionamiento del programa y HP. • Presentación de derechos y deberes. • Presentación de habitación y closet. 		

- Solicitar firma de consentimiento informado y consentimiento para ingreso de datos en SGS
- Acuerda fecha de ingreso a HP.

Actividad N°1: Coordinar visita de persona y tutor o persona responsable a HP

Monitor se comunica con tutor o persona responsable del postulante y coordinan fecha de visita a HP junto con la persona.

Actividad N°2: Presentación de residentes y trabajadores HP.

Ya en el Hogar Protegido, los trabajadores se presentan con nombre y función que desempeñan al interior del HP. Así mismo, presentan a cada uno de los compañeros de Hogar.

Actividad N°3: Presentación de características y funcionamiento de HP

Trabajadores muestran el Hogar y explican características, funcionamiento y distribución.

Actividad N° 4: Presentación sobre Derechos y Deberes

- Se explica y muestra al residente y a tutor o persona responsable, el documento sobre Derechos y Deberes (Anexo n° 8) de la Fundación.

Actividad N° 5: Presentación de habitación y closet

- Se le da espacio para aclarar dudas que tenga el residente y responsable.
- Se le da espacio a residente y persona responsable para confirmar verbalmente su interés por ingresar al programa.

Actividad N° 6: Firma carta compromiso y consentimiento

- Monitor le presenta la carta de compromiso para HP y consentimiento informado para SGS, solicita a ambos su firma (postulante y responsable), con el objeto de confirmar su participación en el HP, acuerdo y adherencia con la información entregada en esta etapa.

Actividad N° 7: Acuerdan fecha de ingreso a HP

- Se formaliza el ingreso y con esto inmediatamente se acuerda fecha de ingreso. La idea que previamente el equipo en reunión sobre el caso haya sido acordada.

Implementación de Protocolo:

- Ordena el acompañamiento de la persona que postula al programa, a fin de que sea una experiencia que no genere rechazo, a la vez busca que la persona tenga toda la información necesaria respecto de las prestaciones del programa, así como el lugar físico y las demás personas con quienes podría convivir.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<i>Nombre del protocolo:</i> Protocolo de acogida		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad mental	
Etapa del proceso: Ingreso	Actividad dentro del diagrama del flujo: Protocolo de acogida	
Ejecutor: Monitor	Responsable: Jefe de Programa Social	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Ficha Única de Identificación. • Ficha evaluación en terreno. • Copia C.I. • Copia carnet discapacidad. • Informes médicos. • Esquema farmacológico. • Documentos relevantes. • Carpeta individual. • Acceso a SGS. 		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Acoger al residente en un Hogar Protegido 		
Normas o Lineamientos <p>Formalmente el residente hace ingreso al Hogar Protegido, por lo que es fundamental que el equipo y compañeros de hogar sean acogedores y le entreguen todo lo necesario para que se sienta cómodo y tranquilo.</p>		
Diagrama de acción <ul style="list-style-type: none"> • Recepción del residente (conocer dormitorio, recordar sus deberes y derechos) • Presentación de equipo que trabaja y compañeros de pieza en HP. • Presentación de actividades. • Aclarar dudas • Inventario y Recepción de pertenencias • Convivencia en HP. • Ingreso a SGS 		

Actividad N°1: Recepción de la persona.

- Llega el residente directamente a la dirección de su HP.
- Jefe de Programa Social le da la bienvenida y recorren nuevamente el Hogar, se le muestra su dormitorio y espacios personales que ocupará al interior de ésta.
- Además, se le recordará cuáles son sus derechos y deberes.

Actividad N°2: Presentación del equipo que trabaja y compañeros en HP.

- Jefe de Programa Social presenta al personal de del HP.
- Luego se presentarán los compañeros con quien compartirá pieza.

Actividad N°3: Presentación de actividades

- Monitor a cargo le dará a conocer las actividades para el primer período, el lugar donde las ejecutará, el horario y razones que justifican su incorporación y participación.

Actividad N°4: Aclarar dudas

- Se le da espacio a residente para aclarar dudas, y se le dará respuesta a éstas lo más pronto posible.

Actividad N° 5: Recepción e inventario de pertenencias.

- Personal de HP ayudará a residente a guardar sus cosas personales en su dormitorio e irá registrando en un inventario, que se adjuntará en su carpeta individual.

Actividad N° 6 : Convivencia

- Terminada la presentación de trabajadores, compañeros de pieza y dormitorio, y luego de aclarar dudas, se realizará una bienvenida en el horario de comida, para que en ese momento se presenten todos y compartan con el nuevo compañero.

Actividad N° 7: Ingreso a SGS

- Monitor tendrá la responsabilidad de ingresar sus datos al SGS ese mismo día o en la mañana siguiente al ingreso.

Implementación de Protocolo:

- Como primer registro del proceso en cada carpeta individual debe estar descrita la experiencia de acogida detallando los aspectos considerados en este protocolo.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<i>Nombre del protocolo:</i> Protocolo aplicación de Ficha Biopsicosocial		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental	
Etapa del proceso: Evaluación	Actividad dentro del diagrama del flujo: Aplica Ficha Biopsicosocial	
Ejecutor: Monitor	Responsable: Jefe de Programa Social	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> Instrumento Ficha Biopsicosocial. 		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Obtener información de cada dimensión de la persona: estabilización clínica, habilidades personales y vinculación socio-familiar y comunitaria. Obtener insumo para confección del PIT. 		
Normas o Lineamientos <ul style="list-style-type: none"> • Como eje transversal del trabajo se considera que junto con la discapacidad hay capacidades que están a la espera de ser reconocidas, potenciadas y desarrolladas. Entiende que cada persona es sujeto de derechos y como tal debe desarrollar el máximo de sus potencialidades para insertarse digna y satisfactoriamente en la sociedad. • El Monitor indaga en cada dimensión (Estabilización Clínica, Habilidades Personales y Vinculación) para la cual recibirá una capacitación previa sobre este instrumento. • Esta ficha considera muchas preguntas necesarias, donde el Monitor deberá recoger las respuestas en diversas fuentes, y no necesariamente de la persona. Esta ficha está dividida en dos partes una contestada por el trabajador y otra por la persona, es importante que podamos hacer participar a la persona en esta ficha ya que a través de sus respuestas podremos tener mayor información sobre su grado de discapacidad y ser coherentes con la intención de hacer participar a la persona en la confección del PIT. • Se espera que esta evaluación parcial sea realizada entre la primera y tercera semana desde el inicio del Periodo de Exploración (desde que ingresó). • La aplicación de este instrumento deberá realizarse paulatinamente y de acuerdo a las profundización de temas que se realice con residente de la casa, respetando su ritmo y nivel de confianza. 		

Diagrama de acción

- Evaluación Biopsicosocial.
- Completar instrumento de evaluación.
- Archivar instrumento con los resultados y conclusiones en carpeta individual de la persona.

Actividad N°1: Evaluación Biopsicosocial

- Monitor comenzará a completar Ficha y coordinará con residente hora y día para continuar completando la información solicitada. Además, deberá informar de esta actividad al equipo para no topar con otras actividades y para recoger información de otros integrantes que hayan trabajado con el residente.

Actividad N°2: Reunir resultados

- Finalizada la tercera semana de iniciado el proceso, el Monitor deberá tener respondido el 100% del instrumento con todas las áreas y las conclusiones correspondientes.

Actividad N°3: Archivar instrumento

- El Monitor tendrá la responsabilidad de anexarlo en la carpeta individual del residente.

Implementación de Protocolo:

- En carpeta individual del participante debe existir registro del inicio de la confección de la Ficha Biopsicosocial, las entrevistas relacionadas al desarrollo de la ficha y los puntos de cada actividad contenida en este protocolo.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

Nombre del protocolo: Protocolo aplicación de WHO-DAS II		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental	
Etapa del proceso: Evaluación	Actividad dentro del diagrama del flujo: Aplica Who-Das II.	
Ejecutor: Monitor o estudiante en práctica de carreras como Terapia Ocupacional o Psicología.	Responsable: Jefe de Programa Social	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario para la evaluación de la discapacidad WHO-DAS II. 		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Obtener información base sobre el grado de discapacidad de cada residente como insumo para confección del PIT en etapa de evaluación, terminado el primer mes desde el ingreso (1° Aplicación). • Obtener información semestral sobre los avances del residente en relación a su Plan Individual de Trabajo. 		
Normas o Lineamientos <ul style="list-style-type: none"> • Todos las PcDM tienen el derecho y oportunidad de mejorar su calidad de vida y recibir prestaciones que potencien sus capacidades observables y aquellas por desarrollar. • A fin de facilitar el desarrollo de sus habilidades es necesario tener conocimiento sobre las fortalezas y debilidades que presenta en la actualidad las PcDM y que interfiere en su autonomía e inclusión a la sociedad. • Será necesario aplicar este cuestionario en distintos momentos: en una primera etapa es necesario obtener conocimiento del grado de dependencia y características asociadas a las dimensiones de la persona con la cual ingresa al mes de exploración, para así orientar y definir un Plan de Intervención de Trabajo (PIT) coherente. • Luego, el segundo momento para evaluar será durante el 6° mes de recibir prestaciones acordes a su PIT, y desde ahí cada seis meses mientras el residente permanezca en el HP. Esta aplicación tendrá por objetivo revisar los avances y su grado de discapacidad que interfieren en su proceso de inclusión y podrá utilizarse como insumo para la reformulación de su PIT. • El Monitor será capacitado previamente en la aplicación de este instrumento. • El proceso debe ser realizado con el conocimiento y la participación del residente, en el orden indicado en el diagrama 		

Diagrama de acción

- Monitor define con residente horario y lugar de evaluación.
- Presentación del cuestionario al residente y aplicación de protocolo.
- Cierre aplicación cuestionario.

Actividad N°1: Encargado de protocolo

- Monitor deberá coordinar y registrar la información recogida durante los diferentes momentos de evaluación hasta el egreso del residente.

Actividad N°2: Coordinar evaluación para los diferentes momentos de aplicación

- El Monitor aplicará el instrumento en acuerdo con el residente respecto del día, hora y lugar de entrevista; esto para cada momento en que corresponda la evaluación.
- Para cada momento el Monitor deberá informar al equipo en reunión para que no interfiera con otras actividades programadas.

Actividad N°3: Aplicación de cuestionario

- El Monitor aplicará cuestionario, en el lugar y hora acordada con el residente; complementando las respuestas con las observaciones que se han podido realizar a éste.

Actividad N°4: Cierre de aplicación cuestionario

- Finalizada la aplicación archivará en la carpeta individual del residente los resultados donde estarán claramente separadas las diferentes aplicaciones del instrumento.

Implementación de Protocolo:

- En carpeta individual se espera este contenido los registros que den cuenta de la aplicación de instrumento según protocolo reflejando cada una de las actividades descritas en el mismo. Además en carpeta debe estar el resultado de cada una de las aplicaciones.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

Nombre del protocolo: Protocolo de diseño del Plan individual de trabajo		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental	
Etapas del proceso: Evaluación	Actividad dentro del diagrama del flujo: Diseño del PIT	
Ejecutor: Monitor; Jefe de Programa Social y Residente.	Responsable: Jefe de Programa Social.	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Material adjunto en carpeta Individual del residente creada en la etapa de ingreso. • Evaluación instrumento visita domiciliaria. • Pauta de Seguimiento mes de exploración. • Información del residente recogida por instrumento Biopsicosocial (áreas Estabilización Clínica, Habilidades Personales y Vinculación socio- familiar y comunitaria). • Resultados de instrumento WHO-DAS II. 		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer las áreas de trabajo relevantes, las metas definidas para cada área, las acciones que conducirán a esas metas y sus responsables. • Compartir los objetivos y su construcción con el residente y facilitar su participación en el diseño del PIT. • Verificar que el residente y, de ser necesario, quien deriva acepte y se comprometa con el Plan de Trabajo. 		
Normas o Lineamientos <ul style="list-style-type: none"> • El proceso debe ser realizado con el conocimiento y la participación del residente, en el orden indicado dando sentido a la misión y objetivo que queremos lograr, considerando sus motivaciones, intereses y habilidades favoreciendo su inclusión social. • Es fundamental que el familiar responsable o tutor se encuentre involucrado en el PIT, puede ser en la confección o sólo en la asignación de tareas, lo cual dependerá de cada caso. • Basarse para esto en la información de Fichas, instrumentos de evaluación como “visita domiciliaria”, biopsicosocial, pauta de seguimiento y resultados WHO-DAS y pruebas aplicadas. • Considerando el tiempo de adaptación del residente y conocimiento por parte del equipo, el PIT debiera estar confeccionado a las seis semanas del ingreso del residente. • Es importante que al momento de presentar el PIT al residente, lo hagamos de manera acogedora y cálida, facilitando la comprensión de la relevancia que tiene su compromiso con este plan dirigido al mejoramiento de su calidad de vida y reforzando que el PIT refleja sus intereses e inquietudes. 		

Diagrama de acción

- Recopilar información.
- Coordinar reunión de equipo.
- Confección de PIT.
- Presentar PIT diseñado a residente.
- Incorporar sugerencias y firma de residente.
- Formalización de PIT a persona externa responsable.

Actividad N°1: Recopilar información

- Durante la 2ª semana del segundo mes ya ingresado el residente, el Monitor de HP comenzará a recoger la información del residente obtenida de las evaluaciones, carpeta personal y observaciones realizadas por el equipo.

Actividad N°2: Coordinar reunión de equipo

- Monitor se encarga de convocar Jefe de Programa Social para comenzar la confección de PIT.

Actividad N°3: Presentación e incorporación de opinión de residente

- Monitor de HP en conjunto con Jefe de Programa Social presentan y explican al residente la propuesta PIT, facilitando el espacio para proponer nuevos y distintos objetivos que quiera lograr.
- Las sugerencias del residente serán incorporadas al Plan, y, cuando sea necesario, y pertinente se re-ajustarán las metas, acciones y distribución de responsables.
- El equipo recién mencionado deberá presentar la información con claridad y respondiendo las dudas que aparezcan.

Actividad N°4: Firma de residente

- Ya incorporadas las sugerencias y opinión del residente se solicitará su firma para formalizar el PIT. Esta acción se realiza siempre que se tenga absoluta certeza que la persona comprende los contenidos del plan.

Implementación de protocolo:

- En carpeta individual se espera este contenido los registros que den cuenta del diseño de instrumento según protocolo reflejando cada una de las actividades descritas en el mismo.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

Nombre del protocolo: Protocolo salidas recreativas		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática: Discapacidad Mental	
Etapa Del Proceso: Transversal	Actividad Dentro Del Diagrama Del Flujo: Intervención	
Ejecutor: Monitor.	Responsable: Jefe de Programa Social	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo • Formato de salida recreativa 		
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Salvaguardar las condiciones de seguridad y bienestar de las personas, en paseos y salidas para las Hogares Protegidos. 		
Normas o Lineamientos <ul style="list-style-type: none"> • Toda salida recreativa que implica el traslado de residentes fuera del perímetro urbano debe ser realizada siguiendo el protocolo presente. • El protocolo aplica fuera del perímetro considerado por el contrato de transporte corporativo. • Se debe enviar copia de formato de salida a jefatura directa, quien destinará la información a Coordinador Social de la Fundación. • Toda salida recreativa deberá ser autorizada previa ejecución de la misma, por el Coordinador Social mediante el visto bueno del Formato de salida. 		
Diagrama de acción <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de salidas recreativas. • Determinar condiciones mínimas para realizar salida. • Contacto con servicio de transporte. • Traspaso de información a residentes • Comunicación con tutor o persona responsable de residente. • Confeccionar un listado preliminar de asistentes. • Confección formato de salidas recreativas. • Chequeo listado de asistentes. 		
Actividad N°1: Planificación de Salida recreativa <ul style="list-style-type: none"> • Realizar planificación de actividad recreativa en conjunto con las personas del programa en formato de salida. 		

Actividad N°2: Determinar condiciones mínimas para realizar salida.

- Determinar si las condiciones del lugar cumplen los requisitos de: accesibilidad vehicular, peatonal, demarcación de zonas de seguridad frente a riesgos naturales (terremotos, incendios, tsunami), vías de escape correctamente señalizadas, atención de salud en caso de emergencias.
- El lugar de destino de la actividad posea una administración acreditada, permiso de funcionamiento o acceso municipal.
- Condiciones económicas suficientes para el desarrollo de la actividad.

Actividad N°3: Contacto con servicio de transporte

- El vehículo de transporte de pasajeros. Debe presentar la acreditación respecto a revisión técnica al día y permiso de circulación vigente.
- El chofer deberá presentar licencia de conducir vigente que permita el transporte de pasajeros.
- Si el vehículo de transporte es privado estos antecedentes deberán ser acreditados directamente a Jefe de Programa Social mediante respaldo en copia física o digital. Si es municipal o de alguna repartición pública se debe solicitar la acreditación de estos antecedentes vía mail a la persona o departamento responsable de esta gestión.
- Al momento de la llegada del bus para ejecutar la salida recreativa el Jefe de Programa Social o responsable de la actividad que el designe deberá verificar existencia de rueda de repuesto en buenas condiciones, triángulo, gata, cinturón de seguridad, extintor vigente

Actividad N°4: Traspaso de información a residentes

- Se entregará información a acogidos respecto de las características del lugar, fecha, hora, condiciones generales, sobre la salida recreativa, prosiguiendo a la firma que indica Recepción de información recibida.

Actividad N°5: Comunicación con tutor o persona responsable de residentes.

- Para el caso de los residentes que cuentan con tutor o persona responsable, se procederá a dar aviso de la actividad, información que deberá quedar respaldada vía carta o mail.

Actividad N°6: Confeccionar un listado preliminar de asistentes

- Equipo a cargo deberá convocar acompañantes cada tres residentes que participen de la actividad. Éstos deben ser familiares, voluntarios y miembros del equipo.

Actividad N°7: Confección formato de salidas recreativas

- Se debe llenar formato de salida recreativa, con todos los antecedentes, y se debe hacer llegar a jefatura directa, y ésta debe enviar información a Coordinador Social para autorización de la actividad.

Actividad N°8: Chequeo listado de asistentes

- Antes de la salida y el regreso, se debe chequear listado de asistentes en el "Formato de Salidas"

Implementación del protocolo:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores y al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<i>Nombre del protocolo:</i> Protocolo salida por visita a familiares u otros		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad mental	
Etapa del proceso: Transversal	Actividad dentro del diagrama del flujo: Intervención	
Ejecutor: Monitor	Responsable: Jefe de Programa Social	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de salida por visita a familiares u otros. • Libro de visitas y salidas. • Solicitud de Familiar u otro significativo (respaldo de acuerdos en cuaderno de turno). • Preparación de Ficha de Salida con firma Jefe de Programa y familiar (una copia para cada uno). • Registro de copia en Carpeta de individual del residente. 		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el proceso de vinculación familiar y comunitaria de personas residentes en HP. • Formalizar y comprometer a tutor o persona responsable en el acompañamiento de residentes durante el período que dure a visita, entregando orientaciones psicoeducativas respecto a la rutina diaria, esquema farmacológico y prevención frente a situaciones complejas, en favor de su calidad de vida y rehabilitación. • Formalizar acuerdos respecto a período y condiciones de visita. 		
Normas o Lineamientos <ul style="list-style-type: none"> • El residente o familiar manifiesta la intención de planificar un período de visita en que la persona se ausentará del Hogar Protegido. Esta intención y posterior coordinación para que la visita se concrete, debe quedar registrada en cuaderno de turno. • Una vez acordada la visita y consentimiento de residente y familiar, el Monitor debe preparar la Ficha de Salida en la cual se establece con claridad la fecha de inicio y término de la visita, esquema farmacológico, indicaciones psicoeducativas y de salud general. • Es necesario entregarle información a la persona respecto a su período de visita y aspectos que le brinden seguridad respecto a su retorno a HP. • En los casos en que el período de salida coincida con salida médica, el familiar deberá responsabilizarse por el acompañamiento y documentos asociados. De lo contrario, la salida no podrá ser autorizada. • La actitud necesaria por parte del equipo debe ser cálida, cariñosa y muy clara. 		

Diagrama de acción

- Declaración de intencionalidad de visita y salida ante Jefe de Programa Social
- Recopilación de antecedentes y características de la salida con el solicitante.
- Acuerdo y coordinación de Monitor con familiar para concretar salida.
- Preparación de Ficha de Salida.
- Entrega de pertenencias y dosis de fármacos bajo responsabilidad de tutor o persona responsable.
- Firma de Ficha de Salida por el residente y la persona responsable.

Actividad N°1: Declaración de intencionalidad de visita y salida

- El residente puede declarar la intención de realizar visita durante un período que signifique ausentarse del HP. Esta solicitud debe realizarse con un mínimo de 3 días hábiles de anticipación.
- Esta declaración debe quedar registrada en el cuaderno de turno por el Monitor
- Quien recibe la declaración debe informarla a Monitor quien resolverá en conjunto con Jefe de Programa Social.
- De igual modo, si el tutor o persona responsable manifiesta la intención de que el residente le visite, deberá proceder con las mismas condiciones anteriormente descritas.

Actividad N°2: Recopilación de antecedentes y características de la salida con el solicitante

- Monitor verificará la factibilidad de realizar visita y en caso de no ser posible concretarla se le informará a residente solicitante.
- En caso positivo, el Monitor realiza las indagaciones correspondientes con el solicitante (tutor o persona responsable) para completar antecedentes respecto a las características, duración y localización de la visita, de manera tal de informar a equipo HP.

Actividad N°3: Acuerdo y coordinación de Monitor con familiar para concretar salida.

- Una vez recopilada la información y con el consentimiento de todas las partes, se acuerda y aprueba la visita, definiendo fecha e informando a Monitor a fin de realizar la preparación de salida.

Actividad N°4: Preparación de Ficha de salida.

- Monitor elabora Ficha de Salida donde se registran antecedentes del responsable de la visita, esquema farmacológico, fecha de inicio y término de la salida, mantención de cuadro de salud general. Por su parte brindará las orientaciones psicoeducativas acerca de la rutina diaria, de manera de mantener una estructura cotidiana que brinde la mayor seguridad al residente.

Actividad N° 5: Entrega de pertenencias, documentos y dosis de fármacos

- Monitor entrega pertenencias y fármacos debidamente rotulados a persona responsable de salida al momento de llevarse a cabo.

Actividad N° 6: Firma de Ficha de Salida

- Tutor o persona responsable, más residente firman Ficha de Salida, quedando una copia para cada uno. La Ficha queda en carpeta de individual del residente. Se le da espacio para aclarar dudas que tenga el residente o familiar.

Implementación del Protocolo:

- En carpeta individual deben estar contenidos los registros que den cuenta de esta gestión, reflejando cada una de las actividades descritas en el mismo.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<p><i>Nombre del protocolo:</i> <i>Protocolo ante emergencias de salud en Hogar Protegido</i></p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental</p>	
<p>Etapa del proceso: Intervención</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Intervención</p>	
<p>Ejecutor: Monitor y equipo HP</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social</p>	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catastro con la red de salud mental y general del territorio, direcciones y teléfonos • Lista de patologías cubiertas por GES (Garantías explícitas en salud). • Presupuesto para movilización en caso de urgencia en caja chica. • Botiquín de medicamento SOS para urgencias, pertenecientes a los residentes que componen el HP y relacionadas con sus patologías. • Teléfono celular en caso que se encuentre en terreno el residente y trabajador. • Antecedentes médicos del residente actualizados. • Listado de teléfonos actualizados de servicios de emergencia carabineros, bomberos. 		
<p>Objetivos:</p> <p>Abordar, contener y prevenir daño personal y a terceros producto de descompensación de su cuadro mental y/o medicina general.</p>		
<p>Normas o Lineamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso debe ser realizado con el conocimiento y la participación del residente, en el orden indicado. • Se debe tener muy claro que las emergencias de salud en HP deberían ser muy disminuidas ya que cualquier descompensación se puede prevenir y atender a tiempo por el equipo de trabajo HP, ya que convive diariamente con el residente y registra en la pauta de seguimiento. • Es importante que el personal que trabaja en HP siempre debe mantener y demostrar calma ante la emergencia especialmente frente a todos los residentes que componen el HP. • El personal que trabaja en HP debe al momento de atender la emergencia deberá hacerlo con mucho cariño, delicadeza y eficiencia, y recordar que tiene las herramientas y competencias necesarias para hacerlo. 		

Diagrama de acción

- Presentación de protocolo
- Frente a emergencia: contención de residente.
- Información a residentes de HP
- Contactarse e informar a persona responsable que derivo a residente.
- Informar a equipo lo ocurrido.

Actividad N°1: Presentación de protocolo en asamblea de HP:

- El listado de redes de salud y ubicación de estas
- Funcionamiento de redes de salud.
- Pasos que debe seguir cada una de las personas que están presentes en HP. (residentes y personal que trabaja).

Actividad N°2: Contención de residente frente a emergencia

- Frente a la emergencia de salud mental o medicina general, cualquiera sea el caso, el Monitor, deberá acercarse y confirmar la emergencia y retirará de la zona a cualquier residente presente.
- En lo posible trasladar a sala aislada y adecuada para atender al residente, en caso que la complicación de salud requiera más apoyo urgente, deberá trasladarse en vehículo (taxi u otro) al servicio de urgencia que corresponda, acompañado por un monitor que se encuentre de turno en HP.

Actividad N° 3: Información a residentes de HP.

- Luego que haya pasado la emergencia de salud, es importante realizar una reunión con residentes de HP y explicar lo ocurrido y reforzar las acciones que debe seguir cada uno frente a estas situaciones. Lo ideal es realizar dentro del día o al día siguiente.

Actividad N°4: Contactarse e informar a persona responsable.

- Monitor deberá contactarse con persona responsable o quien derivó, luego que se haya controlado la emergencia e informar lo ocurrido.
- El responsable se dirigirá a HP donde se encuentre el residente para obtener más información y atender sus necesidades.

Implementación del protocolo:

- Se deberá coordinar Asamblea para presentación de protocolo entre trabajadores y entre residentes.
- Debe estar confeccionado un documento (para ser entregado a cuidador o familia) que contenga la información referida en actividad N° 2 de este protocolo.
- Este protocolo debe estar en una carpeta que en su carátula aparezca el título “Carpeta de Emergencia” ubicado junto a teléfono de acceso al personal con documento de “información frente a emergencia” (mismo entregado a familia o cuidador) y existirá además el listado actualizado de números de emergencia de cada uno de los integrantes.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<p>Nombre del protocolo: <i>Protocolo de contención (anexo de emergencias de salud)</i></p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental</p>	
<p>Etapa del proceso: Intervención</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Intervención.</p>	
<p>Ejecutor: Monitor</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social</p>	
<p>Material necesario: Protocolo de contención.</p>		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resguardar la vida e integridad física del residente que presenta descompensación, y personas que se encuentren en HP, sean trabajadores y otros residentes. 		
<p>Normas o Lineamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> Se entiende por contención, al procedimiento por el cual se protege y cuida al residente y a las personas cercanas a éste, cuando se encuentra con agitación psicomotora. Es muy importante mantener la calma, y transmitir al resto de los residentes la confianza en control de la situación. En caso que el residente se encuentre agitado y agresivo el Monitor de HP deberá retirarse del lugar y protegerse no arriesgando su salud e integridad física. Paralelo a esto deberá contactarse urgentemente con ambulancia. <p>Contención Mecánica</p> <ul style="list-style-type: none"> Queda estrictamente PROHIBIDO realizar contención mecánica o física: este procedimiento solo puede ser realizado por personal autorizado y en recintos psiquiátricos, solo como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida del control de impulsos, con la finalidad de evitar que se agreda a sí mismo y a otros. Es decir, no se puede contener amarrando de manos y pies o con algún otro objeto, ya sea camisa de fuerza o a la cama. 		
<p>Diagrama de acción</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar y dar tiempo para que se estabilice, cuando no haya agitación psicomotora. Si persiste la agitación acercarse y realizar contención emocional si corporalmente lo permite Paralelamente realizar contención ambiental Contención farmacológica 		
<p>Actividad N°1: Observar al residente y esperar que se tranquilice.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si no manifiesta agitación psicomotora dar minutos en espera que se calme y comenzar con la contención emocional. Si hay agitación psicomotora fuerte comenzar con la contención ambiental 		

Actividad N°2: Contención Emocional

Busca tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional.

- Se debe hablar en tono firme pero suave, realizando preguntas adecuadas: como por ejemplo, si necesita algo, si está cómodo, si sabe lo que le sucede.
- El acercamiento corporal en caso que se trate de una agitación de tipo agresiva, debe ser con lentitud y pausadamente para generar confianza en el residente.
- Si el residente lo permite se puede colocar una mano en el hombro o en la espalda, siempre cuidando de no perder de vista sus movimientos para evitar ser agredido.
- Si no se calma se pasa a la siguiente etapa.

Actividad N°3: Contención Ambiental

Procedimiento que busca brindar espacios adecuados, para evitar que el residente en una agitación psicomotora se haga daño a sí mismo y a los demás.

- Control de los estímulos visuales y auditivos que puedan estar alterando al residente.
- Intentar llevar al residente a un espacio donde no pueda hacerse daño o pegarse con algún objeto, ya sea una silla, una mesa etc.
- Correr mesas, sillas y todo objeto con el cual el residente pueda hacerse daño.
- Alejar al resto de los residentes para evitar daños a terceros.
- Esperar tiempo prudente hasta que se calme o continuar con la siguiente etapa.

Actividad N° 4: Contención Farmacológica

Procedimiento clínico de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de las personas agitadas o alteradas por crisis emocional con el objetivo de aliviar la sintomatología.

- Debe ser aplicado por el Monitor del HP, este deberá cumplir estrictamente las indicaciones médicas descrita en su ficha personal.
- En caso que se produzca en turno de noche el monitor deberá realizar este paso, y luego comunicarse con el Jefe de Programa e informarle.
- Paralelamente se deberá solicitar ambulancia particular si no existe la del servicio público para trasladarlo a servicio de urgencias.

Actividad N° 5: Informar a Residentes

- Monitor se reúne con residentes de HP luego que haya pasado la emergencia de salud, y les explica lo sucedido con su compañero, a la vez se refuerzan las acciones que debe seguir cada uno frente a estas situaciones. Esto deberá ser realizado idealmente dentro del día o al siguiente.

Implementación:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<p><i>Nombre del protocolo:</i> Protocolo ante fallecimiento en Hogar Protegido</p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental</p>	
<p>Etapa del proceso: Egreso</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Egreso</p>	
<p>Ejecutor: Monitor</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social</p>	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de fallecimiento 		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar de manera general las gestiones y orientar al responsable externo de los pasos a seguir en cuanto al residente fallecido. 		
<p>Normas o Lineamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Hogar Protegido, en cuanto lugar en que habita el residente, tiene la responsabilidad de resguardar los procesos posteriores al fallecimiento del residente, incluyendo el contacto con familia responsable y gestiones legales. • Se considera no más de 1 hora para la ejecución de las actividades 1, 2, 3 y 4. 		
<p>Diagrama de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alejar a los residentes que se encuentren cerca del residente fallecido, contención. • Monitor se comunica con Carabineros y médico tratante. • Monitor contacta a familia de residente, si corresponde. • Familiar asiste a HP, se orienta en gestiones. • Asamblea de residentes HP. • Egreso de residente. 		
<p>Actividad N°1: Alejar a residente/s que se encuentren cerca del fallecido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el lugar de fallecimiento, se debe alejar a los residentes que se encuentren cerca, además, se les debe entregar contención emocional para resguardar la tranquilidad del grupo. 		

Actividad N°2: Se informa a Carabineros y médico tratante.

- Monitor deberá llamar a carabineros y médico tratante para informar y certificar fallecimiento.

Actividad N°3: Se comunica fallecimiento a Jefe de Programa Social.

- El Monitor informa a Jefe de Programa Social para que éste coordine gestiones a realizar. En caso que el fallecimiento se produzca en la noche, el monitor de turno se comunicará con Jefe de Programa Social y seguirá las instrucciones que éste le entregue.

Actividad N° 4: Monitor contacta a persona responsable de residente.

- Monitor contacta a familia de residente (si existen antecedentes), comunica el fallecimiento y solicita que asista al HP.

Actividad N° 5: Familiar responsable asiste a HP, se informa y orienta en gestiones.

- En presencia de la figura responsable del residente, se le entrega información recogida del fallecimiento y se le solicita que siga con el procedimiento. En caso que no exista un familiar, Monitor se encargará de las gestiones que corresponden.

Actividad N° 6: Asamblea residentes HP

- Luego de proceder con las acciones anteriormente descritas, se realiza una asamblea con los residentes de HP, con el fin de informar del fallecimiento del compañero, enfatizando en aspectos de contención emocional y explicativos (realizar oración, espacio para preguntas, comentarios), que garanticen la tranquilidad de los residentes.

Actividad N° 7: Egreso de residente.

- Monitor junto cierra carpeta individual, incorporando Ficha de Egreso con la información que corresponde (Ver Protocolo Egreso).
- A continuación se ordena insumos personales de residente fallecido y se le entrega a quien derivó en un plazo de 7 días.

Implementación de Protocolo:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<p>Nombre del protocolo: Protocolo de egreso</p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental</p>	
<p>Etapa del proceso: Egreso</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Gestiona egreso de HP</p>	
<p>Ejecutor: Monitor</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social</p>	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo • Carta de egreso • Carpeta Individual del residente <p>Dependiendo de la situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PIT que fundamente la derivación a otro Programa. • Certificado de fallecimiento • Firma de egreso voluntario 		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregar orientaciones a seguir frente a las diferentes causas de egreso de residente de HP. • Adaptarse a las necesidades residenciales y de cuidado del residente. • Realizar cierre definitivo de las prestaciones de HP a residente. 		
<p>Normas o Lineamientos</p> <p>El egreso de un residente de HP podrá darse en diferentes escenarios y/o razones (siempre y cuando estén informado y validado por el Servicio de Salud que deriva):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por voluntad de la persona. • Derivación Interna: La persona es derivada a otro programa de Rostros Nuevos. Con el objetivo que el servicio se ajuste a la realidad de las personas de acuerdo a los apoyos sociales que requiera. • Revinculación familiar: En esta situación se hace la derivación al equipo de Programa de Apoyo Familiar para que continúe el acompañamiento y prepare a la persona y cuidador responsable para su nueva vida juntos. • Derivación Externa: La persona es derivada a otra institución u organización de la Red de Salud para un acompañamiento más adecuado o especializado según sus características. Con el objetivo que el servicio se ajuste a la realidad de las personas de acuerdo a los apoyos sociales que requiera. 		

- Decisión Personal del acogido: La persona unilateralmente decide interrumpir su proceso de intervención y abandona el programa.
- Por Fallecimiento: El residente fallece durante su estadía en el programa.
- Cierre de Programa o Término de Convenio: Finaliza el funcionamiento del programa sin haber derivado las personas a otros programas, tanto internos como externos.

Diagrama de acción

- Cumple cualquier de las razones mencionadas.
- Completa ficha de egreso (anexada al protocolo).
- Informa egreso y entrega copia de ficha a quien postuló.
- Informa en SGS

Actividad N°1: Cumple una de las causales mencionadas

- Se identifica razón que justifica egreso del residente.
- Monitor coordina reunión con Servicio de salud, residente y tutor o persona responsable (si corresponde) para formalizar el egreso.

Actividad N°2: Completa ficha de egreso

- Paralelamente, el Monitor completa ficha de egreso, considerando los insumos recogidos previamente (PIT, registros, otros).
- Residente y tutor o persona responsable, si corresponde, firma ficha de egreso registrando su consentimiento.

Actividad N°3: Formaliza egreso con entidad derivadora.

- Se entrega carpeta individual con documentación del residente a Servicio de Salud o entidad que derivó, quedando el HP con una copia.

Actividad N° 4: Informa en SGS.

- Monitor informará egreso en SGS.

Implementación de Protocolo:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<i>Nombre del protocolo:</i> <i>Protocolo para la realización de asamblea</i>		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegido	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental	
Etapa del proceso: Intervención	Actividad dentro del diagrama del flujo: Intervención	
Ejecutor: Monitor.	Responsable: Jefe de Programa Social	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo para la realización de asamblea. • Libro de acta para registrar acuerdos. 		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Resguardar la participación de residentes en espacios de conversación y participación activa, en donde los residentes puedan exponer temas relevantes del HP como: dinámicas de convivencia, situaciones complejas, búsqueda de soluciones, planificación y organización de actividades y responsables. 		
Normas o Lineamientos: <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa es fundamental que el equipo genere un espacio acogedor a modo que la persona se sienta cómoda y tranquila, y de esa forma pueda expresar claramente sus ideas y sentimientos. 		
Diagrama de acción <ul style="list-style-type: none"> • Monitor organiza realización de asamblea Se mantendrá un registro de cada asamblea en libro de acta de asamblea. 		
Actividad N°1: Monitor organiza realización de asamblea <ul style="list-style-type: none"> • Monitor realización de una asamblea que se llevará a cabo una vez por semana. • En dicha asamblea los residentes podrán exponer temas relevantes del HP como: dinámicas de convivencia, situaciones complejas, búsqueda de soluciones, planificación y organización de actividades y responsables. 		
Actividad N°2: Registrar desarrollo de asamblea en libro de actas <ul style="list-style-type: none"> • Monitor llevará un registro de cada asamblea que se realice en libro de acta de asamblea, en donde se estipulará: Nombre de Actividad, participantes, fecha, contenido y acuerdos. 		
Implementación de Protocolo: <ul style="list-style-type: none"> • Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido. • El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores. • Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo. 		

<p>Nombre del protocolo: Protocolo en caso de agresión física entre residentes</p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental</p>	
<p>Etapa del proceso: Transversal</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Intervención</p>	
<p>Ejecutor: Monitor</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social</p>	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Credencial de Salud de la persona afectada. • Cedula de Identidad. • Registro de la situación o relato de los hechos en registro diario (Registro de la personal que vivencio situación y del relato de las personas involucradas en el hecho). 		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar adecuadamente situaciones de agresiones o de malos tratos físicos graves, ocurridas entre personas de la Casa. • Mejorar estrategias de intervención que eviten futuras situaciones similares. 		
<p>Normas o Lineamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de agresión física grave (malos tratos físicos, incluida situación de abuso sexual), existe un delito que requiere ser denunciado. • Necesidad de tener la información pertinente en pos de la investigación a desarrollar y pruebas de lo ocurrido. • Poder indagar las acciones desarrolladas por el equipo presente en el Hogar al momento de ocurrido los hechos y forma de abordar esta situación. 		
<p>Diagrama de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo presente intenta terminar con la situación de agresión o malos tratos. • Procurar seguridad en los demás residentes. • Solicitud de ayuda • Informar al Jefe de la Unidad los hechos acaecidos. • Constatación de lesiones • Conocer todos los antecedentes de la situación. 		
<p>Actividad N°1: Intentar terminar con la situación de agresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo presente al momento de acaecida la situación de agresión se debe involucrar en los hechos en razón de separar a los afectados y desarrollar contención. • Se debe evitar confrontar la situación, no responder a las provocaciones ni agresiones verbales o físicas. 		

- Mantener la conversación en tono afable y profesional, intentando explicar con detalle y lenguaje asequible.
- Evitar enviar señales que se puedan interpretar como de desafío, hostilidad o amenaza, como por ejemplo ponerse en pie en posición frontal, cruzar los brazos, señalar con el dedo, así como evitar dar movimientos rápidos y evitar dar la espalda.
- Mantener una distancia física que permita al trabajador cuidarse y estar fuera del rango de agresión física.

Actividad N°2: Procurar seguridad en los demás residentes.

- Otras personas del Hogar son ubicados en un lugar seguro, de manera de evitar que se vean involucrados o afectados.

Actividad N°3: Solicitud de ayuda

- Si no se puede separar o terminar con la situación de agresión, se llama a Carabineros o a seguridad ciudadana (preferentemente plan cuadrante, quienes conocen el sistema de HP).
- Para lo anterior se debe solicitar en lo posible, autorización a la Jefatura de la Unidad.

Actividad N°4: Constatación de lesiones

- Un funcionario del HP debe acompañar o trasladar a la persona afectada al centro de salud correspondiente.
- Solicitar certificado de atención u hoja de atención que contenga diagnóstico, determine lesiones y su gravedad.
- Indicar tratamiento a proporcionar a él o los afectados.

Actividad N° 5: Recopilación de antecedentes

- Indagar con la mayor claridad posible como acaecieron los hechos y cuáles fueron los roles que desarrollaron en esta situación (agresor o víctima).
- Registrar en los tiempos que sea pertinente la situación de agresión y el cómo sucedieron los hechos. Además de registrar que actividades o labores se encontraban desarrollando en esos momentos los funcionarios que estaban cumpliendo sus labores en el HP (registrar en libro de registro diario o de novedades la situación a investigar).
- Realizar entrevistas individuales a las personas involucradas en los hechos, en los tiempos que la situación lo permita, en pos de clarificar los relatos y objetivar la situación acontecida.
- Identificar conductas previas que pudieran haberse constituido en antecedentes para la prevención de la situación de violencia (estímulos ambientales, reclamos de convivencia, desestabilizaciones por fármacos u otros)
- Se debe emitir informe que contenga la revisión de la situación y las conclusiones respecto de las responsabilidades (o la ausencia de ellas) que condujeron a esta crisis.
- Jefe de Programa Social entrega Informe a Coordinador Social.

Implementación de Protocolo:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<p><i>Nombre del protocolo:</i> Protocolo de acción en caso de agresión o presencia de situaciones de malos tratos de funcionario a persona del programa</p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental</p>	
<p>Etapa del proceso: Transversal</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Intervención</p>	
<p>Ejecutor: Jefe de Programa Social</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social</p>	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos (Dirección de Personas Fundación Rostros Nuevos). • Registro de la situación o relato de los hechos en libro de novedades o de registro diario. (Registro de la persona que vivencio situación, relato de las persona involucrados en el hecho y de persona a cargo del HP al momento de suscitados los hechos). 		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar adecuadamente situaciones de agresiones o de malos tratos físicos y/o psicológicos, desarrolladas por los funcionarios que ejecutan sus labores en el programa y las personas de la unidad. • Mejorar estrategias de intervención que eviten futuras situaciones similares. 		
<p>Diagrama de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilar Información • Constatar lesiones en caso de que la agresión física lo amerite. • Informar a Coordinador Social • Revisión de procedimientos, de acuerdo a instructivo entregado por área de personas. • Evaluar denuncia a agresor. 		
<p>Actividad N°1: Recopilar información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar en los tiempos que sea pertinente la situación de agresión y el cómo sucedieron los hechos. Además de registrar las actividades o labores que se encontraban desarrollando en esos momentos las persona de la casa y los miembros del equipo HP. • Jefe de Programa Social indaga con la mayor claridad posible como acaecieron los hechos, funcionario involucrado en el hecho y residente(s) involucrado(s) en la situación de agresión, registros del HP. • Realizar en los tiempos que la situación lo permita entrevistas individuales a las personas involucradas en los hechos, en pos de clarificar los relatos y objetivar situación acontecida. 		

Actividad N°2: Constatación de lesiones

- Funcionarios de HP que no estén involucrados en el hecho de agresión deben acompañar o trasladar a la persona al centro de salud a constatar lesiones si corresponde.
- Solicitar certificado de atención u hoja de atención que contenga diagnóstico, determine lesiones y su gravedad.

Actividad N°3: Informar de lo ocurrido a las instancias que correspondan.

- Jefe de Programa Social debe informar en el menor plazo posible de lo ocurrido al Coordinador Social.

Actividad N°4: Revisión de procedimientos

- Con asesoría de área de personas se inicia revisión de procedimientos para establecer responsabilidades.
- Realizar entrevistas y recolección de información con él o los funcionarios involucrados en el hecho, según lo instaurado en Manual de Procedimientos “Fundación Rostros Nuevos”.
- Evaluar de manera conjunta con jefatura directa y área de personas, si se mantendrá a funcionario en la unidad o se aplicarán otras acciones según Manual de Procedimientos.

Actividad N° 5: Evaluar denuncia al agresor

- Denunciar la situación ocurrida ante la autoridad competente (instancias judiciales y/o administrativas).

Implementación de Protocolo:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

<p><i>Nombre del protocolo:</i> <i>Protocolo de prevención, detección y acción frente a situaciones de abuso sexual (basado en protocolo de residencia infanto-adolescente)</i></p>		
<p>Fundación: Rostros Nuevos</p>		
<p>Programa: Hogar Protegido</p>	<p>Elaboración Protocolo: Discapacidad Mental</p>	
<p>Etapa del proceso: Intervención</p>	<p>Actividad dentro del diagrama del flujo: Ninguna</p>	
<p>Ejecutor: Monitor</p>	<p>Responsable: Jefe de Programa Social.</p>	
<p>Material necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos Modelo Técnico Residencia de NNA Hogar de Cristo. Libro de registro diario. 		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevenir y evitar situaciones de abuso sexual. Reducir los factores de riesgos y aumentar los factores de protección hacia los residentes. Pesquisar oportunamente situaciones o prácticas abusivas que den indicio al equipo de trabajo que un residente está siendo o ha sido víctima de abuso sexual, sea por sus pares u otra persona (funcionario, familiar, etc). Comunicar a las autoridades pertinentes la ocurrencia de hechos de abuso sexual y adoptar las medidas necesarias para la protección y resguardos que procedan. 		
<p>Normas o Lineamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> Frente al tema de abuso sexual es imprescindible que el equipo de trabajo esté constantemente capacitado en estrategias o intervenciones que contribuyan a un manejo adecuado de este tipo de situaciones. Frente a este punto, se requiere que al menos una vez al año el equipo realice una capacitación en este tema. Este protocolo debe ser parte de la inducción realizada a todo funcionario nuevo que ingrese al Hogar, debiendo ser conocido y recordado a las personas que trabajan en ella. 		
<p>Prevención de situaciones de abuso sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contar con una programación de talleres anuales relativos a la formación en sexualidad responsable Monitor cautelará la supervisión permanente de los residentes a través de las rutinas de trabajo y rondas de supervisión 		

Orientaciones frente a sospechas y detección de abuso sexual:

El personal debe estar atento frente a signos o conductas de los residentes, en las siguientes situaciones:

- Observación de cambio de conducta en los residentes (hipersexualización, introversión, agresividad, etc).
- Revelación de alguna señal o relato de algún residente a algún miembro del equipo.
- En este sentido, si el relato proviene de un residente que manifiesta querer informar algo importante, se deben realizar las siguientes acciones:
- En el caso de sospecha, invitar a la persona a un espacio tranquilo para conversar.
- Será el Monitor quien inicie la conversación.
- Se debe proceder con cautela y manifestarle a la persona que es necesario saber qué es lo que realmente sucede o sucedió, a fin de contar con la mayor cantidad de antecedentes para poder ayudarlo a superar la situación.
- Escuchar con atención y hacer que la persona se sienta escuchado.
- No preguntar detalles de manera innecesaria. Tener especial cuidado de no inducir el relato con preguntas, evitar el cuestionamiento, culpar o enjuiciar (evitar utilizar frases como “¿por qué no lo dijiste antes?”).
- El Monitor entrevistará a los funcionarios con el objetivo de recabar la mayor cantidad de antecedentes. Esta entrevista quedará registrada como parte de la indagación.
- En el caso de haber declaración de abuso sexual o que la situación descrita de cuenta de un probable abuso sexual algún miembro del equipo llevará al residente al hospital o centro asistencial a realizar hacer la constatación de lesiones y si el centro asistencial establece condiciones suficientes para una situación constitutiva de abuso, será esta instancia quien denuncie la situación.
- En paralelo, Jefe de Programa Social informará a Coordinador Social la situación acaecida.
- El Jefe de Programa Social elabora un plan de acción que será enviado a Coordinador Social dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho indicando además, las medidas tomadas para proteger al residente y evitar la ocurrencia de futuras vulneraciones.
- Jefe de Programa Social realizará reunión ampliada con equipo de programa a fin de compartir las medidas adoptadas y señaladas en este protocolo y dar a conocer plan de acción.

Implementación del protocolo:

- Debe estar en la contratapa del libro de registro diario, debe ser de conocimiento de todos los integrantes del equipo, es parte de la inducción de todo integrante nuevo, debe ser recordado de forma periódica a todos los integrantes del equipo.
- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

Nombre del protocolo: Protocolo rutinas de trabajo para hogar protegido supervisión 24 horas		
Fundación: Rostros Nuevos		
Programa: Hogar Protegida	Elaboración Protocolo: Línea Temática Discapacidad Mental	
Etapas del proceso: Intervención	Actividad dentro del diagrama del flujo: Intervención	
Ejecutor: Monitor	Responsable Jefe de Programa Social	
Material necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Perfiles de cargo • Antecedentes de rutinas individuales de residentes 		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Organizar las actividades del Hogar lo más eficientemente posible • Establecer responsabilidades individuales respecto de las tareas encomendadas. • Entregar información general y específica con anticipación sobre actividades que realizarán en el día. 		
Normas o Lineamientos <ul style="list-style-type: none"> • La rutina es una forma de organizar el día de la manera más adecuada posible, es una guía de orientación, no un manual estricto. Es la forma de brindar a los trabajadores y residentes del HP la posibilidad de saber qué se espera trabajar, creando de esta manera un clima de seguridad y confianza. La rutina en el programa es una práctica que, con el tiempo, se desarrolla de manera automática a la dinámica del programa, integrada tanto por trabajadores como residentes. Brinda seguridad (minimiza los imprevistos) y permite ahorrar tiempo, ya que permite organizar el tiempo que dedicará al trabajo en el programa identificando las prioridades. 		
Diagrama de acción <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de rutina semanal • Revisión de rutina diaria. • Entrega de información sobre distribución de actividades y tareas • Evaluación Cumplimiento de Rutina 		
Actividad N°1: Revisión Rutina Semanal <ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Programa Social y monitor revisan la rutina de trabajo del equipo de Hogar considerando la dotación vigente, la consideración de actividades cotidianas para la semana y las extra programáticas. 		

A Continuación se presenta un ejemplo para guiar la construcción de rutinas según características y necesidades de cada programa.

07:00 a 07:30 Levantada: Monitores despiertan a residentes y comienzan las duchas según calendario baños), se asiste a los residentes que lo requieren y se supervisa a los autónomos, finalmente se acompaña y/o asiste en vestuario.

07:30 a 08:00 Orden: Se comienza a ordenar para la entrega de turno.

08:00 a 08:30 Entrega de Turno: Se realiza entrega de turno y se prepara comedor para desayuno en conjunto con residentes.

8:00 a 8.30 Monitor revisa libro de novedades, organiza salidas médicas y revisa entrega de turno. Supervisa medicamentos preparados para el día.

En adelante, se continuará con las actividades diarias de cada Hogar.

Actividad N°2: Revisión de Rutina Diaria

- Monitor revisa diariamente y confirma la rutina. Esta revisión debe hacerse todos los días para realizar los ajustes necesarios y la redistribución de tareas producto de imprevistos.

Actividad N°3: Entrega de información sobre distribución de actividades y tareas

- Monitor se reúne al inicio del turno con el monitor saliente e informa las actividades del día. Al terminar el día deja confirmada rutina para turno de noche quedando en diario mural del personal con fecha y firma como señal de actualización de rutina. Esto último se repite para fin de semana.

Actividad N°4: Evaluación Cumplimiento de Rutina

- Coordinador(a) de área de salud revisa el cumplimiento de rutina a través de la revisión de "Entrega de turno", revisión de libro de novedades, revisión de dependencias y supervisión de acogidos.

Implementación:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los trabajadores del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.

Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

Nombre del protocolo:

Protocolo recepción y entrega de turno para hogar protegido supervisión 24 horas



Fundación:

Rostros Nuevos

Programa:

Hogar Protegido

Elaboración Protocolo:

Línea Temática Discapacidad Mental

Etapa del proceso:

Intervención

Actividad dentro del diagrama del flujo:

Intervención

Ejecutor:

Monitor

Responsable:

Jefe de Programa Social

Material necesario:

- Cuadernos de registro para Asistente de Enfermos saliente y Asistente de Enfermos entrante de acuerdo a designación de roles por parte de Jefe de Programa Social.
- Formulario único de recepción y entrega de turnos
- Caja chica

Objetivos:

- Instaurar un procedimiento de entrega y recepción de turno en el cambio de jornada de monitores que garantice la continuidad de cuidados en el hogar.
- Formalizar de manera escrita las condiciones de salud física y mental de los residentes.
- Facilitar la continuidad de los cuidados de los residentes.
- Reportar las novedades respecto de los estándares de implementación y/o mobiliario establecidos en el presente Modelo Técnico.

Normas o Lineamientos

- Traspaso de información escrita, por parte del monitor del turno que termina su jornada laboral al monitor del turno siguiente.
- El registro debe ser realizado exclusivamente por la persona designada en el turno y deberá hacerse responsable del contenido del registro.

Diagrama de acción:

- Completar cuaderno de turno y formulario único de recepción y entrega de turno.
- Asistente de Enfermos saliente lee en conjunto con Asistente de Enfermos entrante el cuaderno de turno y Formulario único de recepción y entrega de turnos.
- Al llegar el turno, ambos Asistentes de Enfermos recorren Residencia en función de lo descrito en el Formulario único de recepción y entrega de turnos.
- Firma de entrega de turno.

Actividad N° 1: Monitor designado como responsable del turno registra novedades

- Asistente de Enfermos designada para ello por el Jefe de Programa Social o Coordinador de Salud registra novedades en su respectivo cuaderno y en Formulario único de entrega y recepción de turno.

Actividad N°2: Lectura de novedades por Asistente de Enfermos.

- Asistente de Enfermos entrante con Asistente de Enfermos saliente revisan diariamente el cuaderno escrito.
- Asistente de Enfermos entrante hace las preguntas correspondientes a Asistente de Enfermos saliente, y le da retroalimentación con respecto a su desempeño en ese turno.
- Asistente de Enfermos saliente revisa en conjunto con Asistente de Enfermos entrante el cuaderno y acuerdan las líneas de acción para el día relacionado con toda la información correspondiente relevante o nueva sobre ciertas personas, sean indicaciones médicas, de intervención, actividades para el día etc.

Actividad N° 3: Revisión de Hogar Protegido.

- Asistente de Enfermos entrante recorre en no más de 10 minutos cada habitación y área de la Residencia y corrobora lo informado en el Formulario único de recepción y entrega de turno.
- Asistente de Enfermos entrante realiza observaciones pertinentes a Formulario Único de recepción y entrega de turno.

Actividad N°5: Coordinador de Salud revisa novedades

- Jefe de Programa Social registra toda la información recogida por Asistente de Enfermos, lo observado y las líneas de acción a seguir. Esta información será compartida por el equipo si se justifica.

Implementación de Protocolo:

- Se dejará una copia impresa del Protocolo en un lugar de fácil acceso y conocido por Asistentes de Enfermos y Coordinador de Salud del Hogar Protegido.
- El Jefe de Programa Social designará a una persona que capacitará sobre este protocolo en procesos de inducción a nuevos trabajadores.
- Al menos una vez al año se volverá a capacitar al equipo del Hogar Protegido sobre este protocolo mediante jornada de trabajo.

ANEXO N° 11: FORMULARIOS Y DOCUMENTOS TIPO



FICHA UNICA DE POSTULACION A HOGAR PROTEGIDO (FUP)

Fecha postulación:			
Quien Postula: (institución, Servicio, organización u otro)	Nombre Representante:		

ANTECEDENTES GENERALES			
Nombre:			
RUT:	Fecha de Nacimiento:		
Edad:	Sexo/Género:		
Tiene Pensión:	SI	NO	EN TRAMITE
Tipo de Pensión :			
Dirección de Residencia:			
Calle – dirección – numero – casa/departamento – block – población – referencia calles – Comuna – Provincia – Región			
Descripción General de los Motivos de Postulación:			
Nombre persona de contacto: (persona interesada en la postulación)	Número de contacto:	Parentesco:	

ANTECEDENTES CLINICOS		
Diagnóstico de Salud Mental		
Posee esquema farmacológico	SI	NO
Detalle Esquema		
Antecedentes de Consumo problemático de sustancias durante el último mes.	SI	NO
	CUALES SUSTANCIAS	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		
Requiere apoyo permanente para realizar las siguientes actividades		
Higiene (lavado de cuerpo)	SI	NO
Vestuario	SI	NO
Alimentación	SI	NO
Traslado	SI	NO
Ingesta de medicamentos	SI	NO
Otras actividades que requiera apoyo mencionar		
Comparte espacio de dormir con otras personas	SI	NO
	N°	
	Quienes	

OBSERVACIONES

Nombre del responsable	Firma

FICHA EVALUACIÓN EN TERRENO A POSTULANTE HOGAR PROTEGIDO



ANTECEDENTES DE IDENTIFICACION			
Nombre: Primer nombre – segundo nombre – primer apellido – segundo apellido			
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Cédula de Identidad:		Estado Civil:	
Identidad de Género:	F	M	
Lugar de Residencia: Calle – dirección – numero – casa/departamento – block – población – referencia calles – Comuna – Provincia – Región			
Nacionalidad:			
Antecedentes educacionales: (Curso, último año)			
Posee Ficha Protección Social:	SI	NO	Puntaje.
Profesión u oficio del postulante:			
Nombre de Contacto o persona responsable :			

ANTECEDENTES GENERALES PERSONA RESPONSABLE.			
Existe persona Responsable		Nombre	RUT.
SI	NO		
			Dirección completa
		Fecha de nacimiento	Teléfono
Persona Responsable es Jefe de Hogar		SI	NO
La persona responsable tiene pensión o subsidio.		SI	NO
Actividad o condición principal de responsable.		Vínculo:	
		Sin Información	
La persona responsable realiza actividad c/ingreso		SI	NO
		Cual	
AREA DE SALUD (General y Mental) DEL POSTULANTE			
Diagnóstico Médico		SI	NO
		Cuál	
Diagnóstico de Salud Mental		SI	NO
		Cuál	
Ingiere medicamentos		SI	NO
		Cuáles	

	Quién retira los medicamentos	
Necesita apoyo en la ingesta de medicamentos	SI	NO
	Quién	
Está inscrito en el SSM	SI	NO
	Dónde (Unidad atención primaria y/o especializada)	
Sigue controles médicos	SI	NO
	Dónde	
Asiste solo/a los controles médicos	SI	NO
	Con quién	
Se observan problemas sensoriales	SI	NO
	Cuáles	
Observaciones del área		

AREA DE HABILIDADES PERSONALES –OCUPACIONAL DEL POSTULANTE		
Realiza las siguientes actividades de manera autónoma:		
Aseo diario corporal	SI	NO
Aseo diario bucal	SI	NO
Apoyo en vestuario	SI	NO
Presenta dificultad motora para trasladarse	SI	NO
	Cuál	
Si no presenta dificultad motora, logra realizar su traslado de manera autónoma	SI	NO
	Por qué	
Hace tareas de casa	SI	NO
	Cuáles	
Trabaja fuera de la casa	SI	NO

	Actividad Laboral		
	Frecuencia actividad laboral:		
	Tiempo de actividad laboral:		
	Tiempo de antigüedad o cesantía:		
Recibe ingresos por actividad laboral	SI	NO	Monto
	Destino del ingreso		
Manejo de Dinero	SI	NO	
Requiere apoyo en alguna actividad no mencionada	SI	NO	
	Cuáles		
Observaciones del área			
AREA SOCIAL DEL POSTULANTE (socio-familiar y vivienda)			
Posee inscripción en el Registro Nacional para personas con discapacidad	SI	NO	
Vive solo	SI	Nombre de quienes vive:	N° de personas con que vive:
	NO		
Comparte pieza	SI	NO	N° de personas
	Quiénes		
Relación Cercana con algún familiar	SI	NO	
	Con quienes		
Realiza alguna actividad en la comunidad	SI	NO	
	Cual		

CONDICIONES DE HABITABILIDAD					
Tipo de vivienda	Casa	Depto.	Mediagua	Cité	Choza
Tenencia vivienda	Propia	Pagada		Arrendada	
	Cedida	Allegados/indep.		Allegados/compartido	
Material de vivienda	Sólida	Mixto			
	Madera	Otros			
Piso vivienda	Con piso	Sin piso		Radier	
Cielo	Con cielo	Sin cielo			
Estado de conservación	Bueno	Regular		Malo	
Número de piezas	Número de camas				
INGRESOS ECONOMICO					
Recibe pensión AFP	SI	NO		Monto	
Pensión. La persona recibe algún tipo de pensión.	Pensión Básica solidaria de vejez PBSV			Monto	
	Pensión Básica solidaria de invalidez			Monto	
SI	NO	Subsidio a la discapacidad mental		Monto	
		Otra		Monto	
Total de ingresos de la persona postulante (incluye pensión y otros)					
Total de ingresos del hogar					
OBSERVACIONES					

Nombre de entrevistadores	Firma
Fecha de aplicación	

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOGARES PROTEGIDO



Con fecha _____ de _____ de _____

Yo _____ Rut _____, postulante a el Hogar Protegido

Yo _____ Rut _____, tutor.

Declaro haber sido informado de los siguientes aspectos:

1. El Hogar Protegido es una instancia residencial para personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente muestran un **alto grado de discapacidad psíquica y dependencia**, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un **alto nivel de protección y de cuidados de enfermería**. En este sentido se diferencia de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial. (Subsecretaría de Salud, División de Prevención y Control Enfermedades Dpto. Salud Mental enero 2006).
2. El Hogar Protegido es una casa habitación con espacios adecuados para un buen desplazamiento de los residentes en su interior. (Subsecretaría de Salud, División de Prevención y Control Enfermedades Dpto. Salud Mental enero 2006).
3. Los residentes tendrán asistencia en sus tratamientos de acuerdo a lo indicado por médicos tratantes del sistema de salud correspondiente a su territorio.
4. La propuesta de trabajo basará su estrategia en los siguientes objetivos:
 - a. Contar con condiciones de acogida residencial digna para su permanencia.
 - b. Contar con apoyo en la mantención de su cuadro de salud.
 - c. Acceder a espacios de su comunidad que favorecen su integración social.
 - d. Fortalecer su vínculo con familia u otro significativo, de acuerdo a sus intereses.
 - e. Ser protagonistas de la promoción de derechos de las personas con discapacidad en su barrio o comunidad.
 - f. Ejercer sus Derechos fundamentales de protección social de acuerdo a sus necesidades e intereses.
 - g. Desarrollar intereses espirituales de acuerdo a sus creencias y necesidades.
5. Las personas deberán responsabilizarse y tomar un rol activo en la organización del orden, mantención diaria, limpieza y decoración de los espacios comunes de la casa.
6. La dirección del Hogar Protegido no podrá ser utilizado para efectos comerciales o bancarios.
7. Las personas que cuenten con permiso para salir del Hogar de manera independiente y para fines personales, lo podrán hacer única y exclusivamente con la autorización expresa del Monitor respaldado por los resultados de instrumento Who Das II aplicado cada seis meses en el que dé cuenta en sus resultados de autonomía suficientes en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, siempre y cuando no exista restricciones del médico tratante.
8. Que durante la permanencia en el Hogar Protegido **existen riesgos propios de la estadía** en el programa y de la intervención que se realiza en ella:
 - a. Golpes o Caídas por agitaciones psicomotoras o crisis de salud
 - b. Agresiones de pares producto de crisis o desestabilizaciones (sean farmacológicas o ambientales)
 - c. Derivaciones a sistemas asistenciales del sistema público como parte de los protocolos de salud.
 - d. Derivaciones a sistemas asistenciales del sistema público por resistencia a los tratamientos.
9. Frente a necesidades de aclaración o dudas en la intervención será el Monitor o Jefe de Programa Social quien podrá responder estas dudas.

10. La derivación al Hogar Protegido fue realizada por Comité de Discapacidad del Servicio de Salud correspondiente al territorio o por el profesional del Área Salud Mental del mismo Servicio.
11. Los servicios residenciales serán proveídos por el programa. Entendiendo por ello servicios de alojamiento, alimentación, disposición de mobiliario, ropa de cama, calefacción, entre otros.
12. Cada residente entregará un aporte complementario por servicios residenciales correspondiente al 70% de su pensión, el que viene a constituirse en suplementario al día cama entregado por cada Servicio de Salud.
13. Cada residente tendrá asignada la ejecución de tareas domésticas que buscan asegurar los cuidados de la casa.
14. Durante la permanencia del residente en el Hogar Protegido se podrían gestionar las siguientes intervenciones médicas (de acuerdo a lo indicado por médicos tratantes):
 - a. Toma de exámenes de rutina.
 - b. Uso de fármacos psicoactivos.
 - c. Incorporación de rutinas normalizadoras del programa.
 - d. Sesiones individuales o grupales de psicoeducación.
 - e. Entrevistas con tutor o persona responsable
 - f. Protocolo de contención.
15. El programa puede definir trasladar a la persona de su dormitorio o sector por razones de gestión de camas o motivos relacionados a la convivencia interna en el Hogar, previo conocimiento y autorización del Monitor del programa.

El presente consentimiento informado busca establecer que tanto la persona que ingresa al Hogar, como su tutor o persona responsable han conocido en la etapa de postulación al Hogar Protegido, el modo de trabajo y tipo de apoyo que recibirá el postulante durante su permanencia y están de acuerdo con ello.

Nombre y Firma del postulante

Nombre y Firma del Tutor

Nombre y Firma del Jefe de Programa Social

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN SOCIAL (SGS) DEL HOGAR DE CRISTO.



Sr(a): La información que usted entregue de sus datos personales es confidencial y se utiliza por nuestros equipos de trabajo para mejorar el servicio que entregamos. Su información personal puede ser compartida solamente por los equipos técnicos de trabajo directo de los programas del Hogar de Cristo y sus fundaciones filiales con fines profesionales, y no puede ser entregada a ninguna empresa, universidad, institución educacional, medio de comunicación o servicio privado alguno. De requerirlo un organismo estatal, su información puede ser entregada, solamente si cumple con la finalidad de asegurar o mejorar la entrega de beneficios, prestaciones o subsidios correspondientes.

Yo.....Rut.....apoderado(a) de
residente(a) del
 Programa.....declaro que la información que entrego es verdadera y fui informado que se utilizará con objetivos técnicos y en relación a los servicios que el Hogar de Cristo me brinda. De requerirlo, puedo solicitar al programa mayores detalles presentes en la pauta de información del Sistema de Gestión Social.

Fecha.....

Firma.....

Persona que me ha explicado:.....

ANEXO ACERCA DE SGS



El Sistema de Gestión Social (SGS) es un sistema computacional en operación desde el año 2008 donde se almacena la información de datos de identificación personal de los residentes de los diversos programas de Hogar de Cristo, Paréntesis, Rostros Nuevos y fundación Súmate en todas las regiones del país. La información personal que se ingresa es conocida por el equipo directo del programa en particular y es compartida con otros equipos de trabajo directo de la fundación Hogar de Cristo, si y sólo si, tiene como finalidad mejorar la coordinación interna para la entrega de servicios a nuestros residentes de manera eficiente.

- **OBJETIVO:** El objetivo del Sistema de Gestión Social es contar con información consolidada única y transversal de caracterización, ingreso y evaluación de los diversos residentes de los programas sociales respectivos, para realizar seguimiento de las intervenciones planificadas y evaluar los resultados que se espera alcanzar.
- **PROCEDIMIENTOS:** Con la información recabada se harán diagnóstico de la situación de llegada de las personas a Hogar de Cristo, se planificarán procesos de intervención y se gestionarán servicios y beneficios que por derecho el Estado debe entregar a las personas que cumplan con los requisitos correspondientes.
- **CONFIDENCIALIDAD:** La divulgación de la información es de estricta confidencialidad y no es compartido con organismos privados bajo ninguna circunstancia y con organismos públicos siempre y cuando, se cumpla en estricto rigor la finalidad de mejorar los procesos de intervención y entrega de beneficios directos. Sin perjuicio de lo anterior, la información puede ser utilizada para la realización de estudios de carácter profesional y académico, si y sólo si, se utiliza información agregada y no se utilizan datos de identificación personal.
- **BENEFICIOS:** Los beneficios directos, de corresponder el caso, consisten en facilitar y agilizar la entrega de prestaciones y servicios por los diversos programas y equipos de trabajo del Hogar de Cristo, como también de sus fundaciones filiales y los organismos del Estado con intereses directos en la superación de la pobreza y reducción de condiciones de vulnerabilidad social.
- **RIESGOS:** Los eventuales riesgos guardan relación con el mal uso de la información por parte de los propios funcionarios del Hogar de Cristo, a los cuales se incorpora en sus respectivos contratos de trabajo la obligatoriedad de dar un correcto uso a la información siendo objeto de sanción no cumplir con dicha regla. Cualquier vulneración del sistema informático por agentes externos a Hogar de Cristo será sancionado de acuerdo a la ley penal vigente.
- **COMUNICACIÓN CON EL HOGAR:** Ante cualquier duda o consulta por mayores detalles, se puede consultar al encargado del proyecto de implementación del Sistema de Gestión Social, William Campos. Dirección Social Nacional Hogar de Cristo. wcampos@hogardecristo.cl fono: (02)-225409603. Móvil: 09- 95544653.

- **DERECHOS DEL PARTICIPANTE:** La persona postulante tiene derecho a no entregar su información personal si no lo desea y no puede ser obligado a registrar su información en el Sistema de Gestión Social. El no registro de su información en el Sistema no implica condiciones discriminatorias.

PROTOCOLO DE EXPLICACIÓN ACERCA DE SGS

Lo que se presenta a continuación es una guía para el funcionario que tenga la responsabilidad de explicar al residente(a) y/o apoderado(a) sobre el sentido del SGS y la necesidad de firmar la autorización. Se entiende por residente (a) directo, que firma esta carta toda persona que recibe un servicio del Hogar de Cristo.

Se entiende por apoderado (a) a toda persona identificada como persona responsable en el caso de menores de edad o personas con algún nivel de discapacidad que firma esta carta a nombre del residente para fines de contar con la prestación o servicio entregado por Hogar de Cristo o alguna de sus fundaciones filiales.

Es importante tener presente que consentimiento informado es un proceso, que incluye cuatro etapas:

- 1) La información de los tres primeros párrafos de la carta de consentimiento informado debe ser impreso en una hoja con letra clara para ser puesto en el lugar de registro o en el diario mural del programa siempre en un lugar visible y de acceso público.
- 2) Una conversación entre el funcionario y el residente(a) y/o apoderado(a) en la cual se explica en detalle el sentido de la autorización que va a firmar: El funcionario debe leer previamente el anexo y manejar adecuadamente la información ahí contenida para resolver posibles dudas y explicar cada uno de los contenidos con palabras simples y brevemente.
- 3) Se entrega una hoja con el anexo explicativo de SGS: Resguardar que la hoja sea con letra grande , legible y en caso de que la persona no lea, se le entrega de todas maneras, reforzando la sugerencia de que sea leída en voz alta por el funcionario y/o por otra persona de su confianza.
- 4) Se firma la carta de autorización: El residente(a) y/o apoderado(a) debe firmar la carta, dejando constancia de haber cumplido el procedimiento y que tuvo la posibilidad de aclarar todas sus dudas, tomando su decisión libremente y sin ningún tipo de presiones. Se debe entregar un duplicado de este documento al residente(a) y/o apoderado(a) para que quede en su poder y tenga la posibilidad, si lo requiere, de consultar con otras personas antes de tomar una decisión. En caso de que el residente(a) y/o apoderado(a) no sepa o no pueda firmar se estampará su huella digital.

PAUTA DE COTEJO PARA HOGAR PROTEGIDO.

Pauta a ser llenada por Jefe de Programa Social del Hogar Protegido. Se aplicará semestralmente una por programa.



Requisitos de Calidad	Cumple	
	Si	No
Personas comparten un inmueble con un número máximo de 8 personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máximo de 2 residentes por dormitorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La casa dispone de una sala de estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La casa dispone de una cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La casa dispone del al menos 4 dormitorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La casa dispone de un comedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas técnicas para las personas que requieran mayor asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espacios limpios, seguros y cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios básicos en pleno funcionamiento		
Agua Potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcantarillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua Caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos salas de baño		

PAUTA DE SEGUIMIENTO POR MES DE EVALUACIÓN



Aclaración: Esta Pauta se aplica diariamente durante el mes de evaluación del residente. Sus contenidos se organizan de acuerdo a los componentes y preguntas del Cuestionario para Evaluación de la Discapacidad WHO-DAS. Es un documento Excel con líneas para cada área/actividad y 30 columnas, una por día. El Excel será manejado por el programa. A continuación solo se presenta el listado de Áreas/acciones específicas que serán observadas mediante la Pauta.

A.- ESTABILIZACIÓN DEL CUADRO (COMPONENTES WHO-DAS: CUIDADO PERSONAL, RELACIONARSE CON OTROS, PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD)	CUMPLE	
	Si	No
Tuvo ingesta de sus medicamentos		
Medicina general		
Medicina salud mental		
Asistió a sus controles médicos		
Mostró dificultad para recordar el nombre del servicio de salud en que se atiende		
Mostró dificultad para recordar el nombre de sus médicos tratantes		
Fue acompañado a sus controles médicos		
Necesito acompañamiento a horas médicas (desorientación espacial)		
Se observó señales de posible descompensación		
Se observó agitado		
Se observó irritable		
Frecuente alucinaciones (cualquier tipo)		
Presentó descompensación de su cuadro		
Presentó crisis Epiléptica		
Necesitó apoyo y contención emocional		
Se observó problema en alguno de los sentidos		
Se observó salud bucal		
No terminó en el día la tarea-actividad que se le pidió por un problema de salud		
B.- HABILIDADES PERSONALES (COMPONENTE WHO-DAS: CUIDADO PERSONAL, MOVERSE EN SU ENTORNO, COMUNICACIÓN Y COMPRENSIÓN, RELACIONES CON OTRAS PERSONAS,	Si	No
Se observa limpio de aspecto general		
Presenta lavado de cara		
Presenta lavado de dientes		
Se observa ropa limpia		

Se encuentra peinado		
Presenta conocimiento de las direcciones (consultorio, ubicación de lugares)		
Se observa orientado en tiempo		
Se alimenta sano		
Tiene buenos hábitos para comer		
Logra levantarse a la hora indicada		
Realiza aseo u orden de su dormitorio y/o lugares comunes		
Colabora en preparación de alimentos		
Asume responsabilidades que se le entregan		
Llevó a cabo la tarea que se le pidió		
Realizó bien la tarea que se le pidió		
Logra concentrarse frente a una actividad		
Es puntual en la actividad individual programada		
Es puntual en la actividad grupal programada		
Logra comprender lo que escucha		
Presenta dificultad en su lenguaje hablado		
Logra mantener la concentración cuando le hablan		
Logra entablar una conversación		
Logra mantener una conversación		
Logra concentrarse en la conversación		
Comprende el dinero		
Compra solo		
Conoce locomoción colectiva		
Se encuentra actualizado de los hechos nacionales e internacionales		
Logra desplazarse dentro de la casa de manera autónoma		
Logra moverse fuera del HP de manera autónoma		
Se relaciona con compañeros		
Logra llevarse bien con compañeros		
VINCULACIÓN SOCIO-COMUNITARIA	SI	No
Mostró conocimiento por actividades de la comunidad		
Asistió a actividades de participación social fuera del HP en tiempo libre (nombrarlas en observaciones)		
Se encuentra inscrito en servicio electoral		
Le gustaría votar en las diferentes elecciones parlamentarias y presidenciales		
Mostró dificultades para participar en act., de la comunidad por su cuadro.		

VINCULACIÓN FAMILIAR	Si	No
Muestra interés por reanudar contacto con algún familiar		
Se contactó con algún familiar :		
cónyuge		
hijos		
madre		
Padre		
hermanos		
otro		
Muestra afecto o interés por algún familiar:		
cónyuge		
hijos		
madre		
padre		
hermanos		
otros		

FICHA BIOPSIOSOCIAL HOGAR PROTEGIDO

ANTECEDENTES DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Cédula de Identidad:	Estado Civil:
Lugar de Residencia:	
Nacionalidad:	
Antecedentes educacionales: (Curso, último año)	
Profesión u oficio:	
Nombre de Contacto o persona responsable :	



AREA DE SALUD (GENERAL Y MENTAL)		
Presenta diagnóstico médico (Hipertensión, diabetes, asma, otros)	SI	NO
	Cuál	
Diagnóstico de Salud Mental	SI	NO
	Cuál	
Ingiere medicamentos	SI	NO
	Cuáles	
	Quien retira los medicamentos	
Necesita apoyo en la ingesta de medicamentos	SI	NO
	Quién	
Está inscrito en el SSM	SI	NO
	Donde (Unidad atención primaria y/o especializada)	
Sigue controles médicos	SI	NO
	Dónde	
Necesita acompañamiento a controles médicos	SI	NO
	Nombre de quien acompaña	
	Parentesco o relación	
Sabe el nombre de su médico tratante	SI	NO
	Nombre	

Ha estado hospitalizado	SI	NO	N° veces	Última fecha
	Dónde y Motivo			
Ha presentado crisis durante este tiempo	SI	NO	De qué tipo:	
Se observa Salud e higiene bucal	SI			NO
Prácticas alimentarias y productos que consume				
Realiza actividad física	SI			NO
Usa métodos de control de natalidad	SI			NO
	Cuál			
Conocimiento acerca de ETS	SI			NO
	Cuáles			
Usa métodos de prevención de ETS	SI			NO
	Cuáles			
Observaciones del área				

ÁREA DE HABILIDADES PERSONALES (COMPRESIÓN, COMUNICACIÓN, ACTIVIDADES DOMÉSTICAS, MOVILIDAD EN EL ENTORNO, RELACIONES INTERPERSONALES Y TRABAJO FUERA DEL HOGAR)	
Necesita apoyo para realizar las siguientes actividades:	
Aseo diario corporal	SI NO
Aseo diario bucal	SI NO
Vestirse	SI NO
Lava su ropa	SI NO
Presenta dificultad motora para trasladarse	SI NO
	Cuál
Si no presenta dificultad motora, logra realizar su traslado de manera autónoma	SI NO
	Por qué

Apoya en las tareas básicas del lugar donde reside?	SI	NO	Observaciones
Presenta dificultad en su lenguaje hablado	SI	NO	
Conocimiento de ubicación espacial	SI	NO	
	De ejemplos		
Hace tareas de casa	SI	NO	
	Cuáles		
Logra realizar las tareas designadas de manera adecuada	SI	NO	
	Porqué		
Conoce locomoción colectiva	SI	NO	
	De ejemplos		
Sabe leer	SI	NO	
Sabe escribir	SI	NO	
Sabe sumar - restar	SI	NO	
	Dar ejemplo		
Intereses en su tiempo libre			
Tiene amigos	SI	NO	
Trabaja fuera de la casa	SI	NO	
	Actividad Laboral		
	Tiempo de antigüedad o cesantía		
Recibe ingresos por actividad laboral	SI	NO	
	Utilización del ingreso		
Actividad Laboral no remunerada	SI	NO	
	Cual		
Actividad Laboral remunerada anterior	SI	NO	
	Cual		
Reconoce el dinero	SI	NO	
Maneja su dinero	SI	NO	

Compra solo	SI	NO
Mantiene adecuadas relaciones con sus pares	SI	NO
Mantiene adecuadas relaciones con trabajadores de HP	SI	NO
Observaciones del área		

ÁREA DE VINCULACIÓN (FAMILIAR Y SOCIO – COMUNITARIA)			
Posee PBS	SI	NO	Monto
Posee Pensión AFP	SI	NO	Monto
Posee inscripción en el Registro Nacional para personas con - discapacidad	SI		NO
Inscripción en registro electoral	SI	NO	Indagar Motivación
Posee cédula de identidad vigente	SI		NO
Tienen hijos	SI		NO
	Nombres		
Padres vivos	SI		NO
	Nombres		
Hermanos	SI		NO
	Nombres		
Relación cercana con algún familiar o persona significativa	SI		NO
	Con quién /es		
Tiene interés de iniciar o restablecer contacto con algún familiar	SI		NO
	Quienes		

Sabe de alguna actividad que se realice en su comunidad	SI	No
	Cuál	
Realiza alguna actividad en la comunidad.	SI	NO
	Cuál	
Le interesa realizar alguna actividad social, recreativa, artística etc., fuera del HP.	SI	NO
	Cuál	
Reconoce recorridos de locomoción	Si	No
	Ejemplos	
Reconoce donde está ubicada su nueva y antigua residencia.	Mencione	

OBSERVACIONES

Nombre del entrevistador	Firma

Fecha de aplicación			
---------------------	--	--	--

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
WHO-DAS II

INTRODUCCIÓN

El presente documento²⁹, se desarrolla en el marco de generar un Manual de aplicación en los diferentes modelos técnicos de los programas que la Fundación Rostros Nuevos está implementando, en los cuales se ha decidido utilizar el WHO-DAS II³⁰, Cuestionario para la evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud³¹.

A continuación se presenta un resumen de los principales puntos a tener en cuenta, basados en el documento de J. L. Vázquez-Barquero, S. Herrera Castañedo, E. Vázquez Bourgón, L. Gaité Pindado.

INTRODUCCIÓN AL INSTRUMENTO

El WHO-DAS II ha sido desarrollado para evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por la persona, independientemente de su diagnóstico médico.³² En este sentido, la investigación al respecto demuestra que la capacidad para evocar recuerdos es más precisa para los acontecimientos del último mes, por lo tanto se ha elegido como periodo de referencia para la evaluación los últimos 30 días. Este instrumento persigue determinar el grado de dificultad experimentada en aquellas actividades que una persona lleva a cabo, no refiriéndose a actividades que le gustaría hacer, o incluso a aquéllas que es capaz de hacer pero no hace. Se pide al entrevistado que transmita el grado de dificultad experimentado tomando en cuenta cómo hace habitualmente la actividad en cuestión. Si esto significara el empleo de cualquier programa de ayuda y/o la ayuda de otra persona, deberá contestar considerando el uso de estas ayudas.

A través de sus 36 ítems el WHO-DAS II permite obtener, tanto a un nivel específico como general, una medida de la severidad y duración de la discapacidad que resulta de las “condiciones de salud” de las personas, aportando también información sobre los “costes” que generan al individuo, la familia o la sociedad. Para ello explora el “estado actual” de discapacidad en las seis áreas o “dominios” que abarcan actividades que se consideran esenciales en la mayoría de las culturas. Cada ítem se puntúa teniendo en cuenta el grado de dificultad experimentada y el nivel de dependencia que, como consecuencia de la discapacidad, el individuo tiene de otras personas o sistemas de ayuda. Se recoge también información, para cada dominio, a cerca del número de días que, en el mes anterior, el individuo experimentó las dificultades y sobre los problemas que de ellas se derivan.

El WHO-DAS II es un instrumento fiable, aplicable transculturalmente y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias. Es por todo ello que su utilización permitirá llevar a cabo análisis fiables de las repercusiones de las “condiciones de salud” sobre los que sentar las bases para el desarrollo de adecuadas estrategias de intervención.

²⁹ El presente documento es un resumen que está basado en la publicación “Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II” elaborado por J. L. Vázquez-Barquero, S. Herrera Castañedo, E. Vázquez Bourgón; L. Gaité Pindado. Su versión en lengua española fue desarrollada por la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC), que pretendía poner a disposición de los profesionales de la salud una herramienta útil para evaluar el impacto de los estados de salud sobre el nivel de funcionamiento de una persona.

³⁰ WHO-DAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule II)

³¹ En el documento base se indica que “El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS II) se integra dentro del sistema conceptual de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, aprobada en mayo de 2001 por la Asamblea Mundial de la Salud. Asimismo la CIF se integra en un marco más amplio, la Familia Internacional de Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que representa un nuevo modelo, más sofisticado y completo, de definición de la salud.

³² J. L. Vázquez-Barquero, S. Herrera Castañedo, E. Vázquez Bourgón, L. Gaité Pindado.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El WHO-DAS II está compuesto por 4 secciones, que se enumeran a continuación:

Sección 1: Hoja inicial**Sección 2: Datos demográficos y de índole general****Sección 3: Preámbulo****Sección 4: Revisión de las áreas**

A continuación pasaremos a describir cada una de estas secciones.

1.1 Sección 1: Hoja inicial: Registra información necesaria para la organización y realización de los trabajos y/o para la utilización del instrumento en estudios Epidemiológico y de investigación. No requiere que el entrevistado esté presente. Deberá ser completada antes de realizar la entrevista. Está compuesta por 6 ítems “F” (F1-F6).

1.2 Sección 2: Datos demográficos y de índole general: Preguntas sociodemográficas y general. Se identifican con la letra “A” (A1- A5)

1.3 Sección 3: Preámbulo: Se explica al entrevistado los objetivos que se persiguen con la aplicación del instrumento. Además se le presentan una serie de “tarjetas” que serán empleadas a lo largo de la entrevista, definidas como “elementos de ayuda”.

- **Tarjeta #1:** Es la primera tarjeta que se deberá usar en la entrevista. Proporciona información sobre cómo se define “condición de salud” y “tener dificultades”. Así mismo, recuerda al entrevistado que el periodo de tiempo de la evaluación se refiere a los últimos 30 días. El entrevistado puntuará la dificultad experimentada teniendo siempre en cuenta cómo hace habitualmente esa actividad. Para algunos, esto puede requerir tener asistencia personal o programas de ayuda que normalmente están disponibles.
- **Tarjeta #2:** Contiene la escala de respuesta usada para todas las preguntas (la escala de respuesta para estas preguntas se leerá en voz alta al entrevistado). A la hora de introducir esta escala, el entrevistador leerá en alto el número y la palabra correspondiente. El entrevistado puede señalar su respuesta con el dedo, o bien puede facilitar respuestas verbales. Aunque el entrevistado puede dar las respuestas usando los números de la escala, se prefiere el uso de las palabras. Las tarjetas #1 y #2 permanecerán permanentemente visibles para el entrevistado a lo largo de la entrevista.

1.4 Sección 4: Revisión de las Áreas: Son preguntas referidas al grado de dificultad experimentado en actividades específicas dentro del ámbito cubierto por cada uno de los dominios que componen la entrevista. Las preguntas que componen cada dominio se identifican con la letra “D”, seguida del número de dominio y, finalmente, del número de pregunta (ej., para el Dominio 1: D1.1, D1.2,..., para el Dominio 2: D2.1, D2.2,...). Esta Sección está compuesta por un total de 6 dominios:

D1: Comprensión y comunicación

D2: Capacidad para moverse en su entorno

D3: Cuidado personal

D4: Relacionarse con otras personas

D5: Actividades de la vida diaria

D6: Participación en sociedad

Cada uno de los dominios, está compuesto por un número determinado de ítems que exploran actividades específicas para cada uno de ellos. A continuación pasamos a describir cada uno de ellos:

Dominio 1: Comprensión y Comunicación: Examina con detalle actividades relacionadas con la comunicación y el pensamiento. Está compuesto por un total de 6 ítems (D1.1 - D1.6). Las áreas específicamente evaluadas incluyen:

- Concentración
- Memoria
- Solución de problemas
- Aprendizaje de tareas nuevas
- Comunicación

Dominio 2: Capacidad para Moverse en su Entorno: Explora las actividades relacionadas con la capacidad de la persona para moverse en su entorno. Este dominio consta de 5 ítems (D2.1 - D2.5) y las áreas a evaluar son:

- Cambio de la postura corporal
- Desenvolverse dentro de la casa
- Salir de casa
- Pasear

Dominio 3: Cuidado Personal: Evalúa actividades relacionadas con el cuidado personal a través de un total de 4 ítems (D3.1 – D3-4). Incluye:

- Bañarse
- Vestirse
- Comer
- Permanecer solo

Dominio 4: Relacionarse con otras personas: Hace referencia a las relaciones con otras personas y a las dificultades que se pueden llegar a plantear en estas actividades debido a una “condición de salud”. En este contexto, “otras personas” pueden ser tanto las que el entrevistado conoce bien (ej., el cónyuge o pareja, miembros de la familia, amigos íntimos) como aquellas otras con las que no mantiene ninguna relación (ej., desconocidos). Este dominio consta de 5 ítems (D4.1 – D4.5) e incluye:

- Habilidades interpersonales con:
 - Personas cercanas (familiares y amigos)
 - Personas que no conoce (desconocidos)
- Actividad sexual
- Hacer amigos

Dominio 5: Actividades de la Vida Diaria: Incluye preguntas relacionadas con la dificultad experimentada por el entrevistado en las actividades de la vida diaria, relacionadas con el cuidado de la casa, el trabajo y actividades académicas. Este dominio consta de un total de 14 ítems (D5.1 –D5.14). Las preguntas D5.7-D5.14 se formularán solo a aquellos entrevistados que lleven a cabo actividades tales como empleo remunerado, trabajar como autónomo, trabajo no remunerado o cursar estudios. Para el resto, se omitirá esta sección y se continuará en el área 6. Los aspectos contenidos en este dominio, hacen referencia a:

- Actividades domésticas

- Trabajo
- Estudios

Dominio 6: Participación en la Sociedad: Hace referencia a los problemas surgidos en la participación en sociedad, así como la repercusión de la condición de salud en la familia. Consta de un total de 8 ítems (D6.1 – D6.8) evaluando aspectos tales como:

- Actividades de la comunidad
- Discriminación
- Estigmatización/dignidad
- Impacto sobre el tiempo disponible, emociones, la economía y la familia.
- Ocio

Todos los ítems descritos y que componen la exploración de los 6 dominios, se evalúan de acuerdo a una escala numérica que va del 1 al 5, para obtener así una puntuación de dificultad en las actividades concretas. La escala de respuesta empleada es:

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo

Además de la evaluación mediante la escala anteriormente mencionada, el WHO-DAS ofrece la posibilidad de codificar en cada uno de los ítems que componen cada dominio, el número de días en los que la dificultad expresada está presente.

A lo largo de toda esta sección, se intercalan además las denominadas **Preguntas de Exploración:** A continuación del grupo de preguntas de cada dominio, aparece una pregunta exploratoria que se realiza únicamente si el entrevistado señala algún tipo de dificultad en alguna de las actividades evaluadas en esa dominio. Las preguntas exploratorias se identifican con una “P”, seguida del número de área y, finalmente, del número de pregunta (ej., P1.1). Esta pregunta persigue obtener una información global en relación al grado de interferencia en la vida del entrevistado propiciado por las dificultades referidas.

Manual de Uso del WHO-DAS II

Como ya se ha mencionado, cada una de las secciones de las que consta el instrumento posee un sistema diferenciado y definido para su codificación y el propio instrumento contiene instrucciones sobre el modo de puntuar. No obstante, a continuación presentamos las características de cada uno de los ítems, así como lo que se pretende explorar a través de cada uno de ellos

Sección 1: Hoja inicial

Esta sección está compuesta por un total de 6 ítems denominados “F” que deberán ser cumplimentados por el entrevistador antes de encontrarse con el entrevistado. Algunos de los pueden obviarse cuando el tipo de exploración que se vaya a realizar no pertenezca a un estudio epidemiológico, etc.

- F 1** El número de identificación de siete cifras del sujeto o entrevistado deberá registrarse con el formato: n° del centro/n° del sujeto/entrevista 1 o 2
- Los primeros 3 dígitos para el número del centro
 - Los segundos 3 dígitos para el número de identificación personal del sujeto
 - El último dígito indica primera (1) o segunda (2) entrevista en el supuesto caso de que se vayan a realizar 2 entrevistas.
- F 2** El número de identificación de siete cifras del entrevistador deberá registrarse con el formato: (n° del centro/n° del entrevistador/1):
- Los primeros 3 dígitos para el número del centro
 - Los segundos 3 dígitos para el número del entrevistador
- F 3** Indique si la entrevista va a ser administrada por primera o segunda vez.
- F 4** Registre la fecha de la entrevista con el formato mes/día/año, rellenando los espacios en blanco con ceros. Por ejemplo: 01/05/15.
- F 5** Para aquellos casos en los que se lleva a cabo más de una entrevista, registre el número de días entre la primera y segunda administración del WHO-DAS II. Si la entrevista fue administrada primero por la mañana y después esa misma tarde, regístrelo como un día.
- F 6** Rodee con un círculo sólo una opción para indicar el tipo de muestra a elegir entre población general, problemas relacionados con drogas, problemas relacionados con alcohol, problemas de salud mental, problemas físicos y otros problemas en cuyo caso el WHO-DAS II nos ofrece la posibilidad de especificar el problema concreto.

Sección 2: Datos demográficos y de índole general

Esta sección consta inicialmente de las denominadas preguntas “A” (A1- A5), que recogen datos sociodemográficos mediante un sistema de respuesta múltiple.

- A 1** Registrar el sexo
- A 2** ¿Cuántos años tiene? Registre la edad.
- A 3** ¿Cuántos años en total ha estado estudiando en la escuela, colegio, instituto, universidad, etc.?

- A 4** **¿Cuál es su estado civil actual?** Sólo se deberá elegir una opción, que será aquella que mejor refleje su estado civil ACTUAL. Por ejemplo, si el entrevistado está actualmente casado, pero estuvo divorciado el año anterior, puntúe como actualmente casado.
- A 5** **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?** Se deberá registrar la opción que mejor refleje su principal situación laboral ACTUAL. Este ítem se emplea para determinar qué entrevistados van a ser interrogados sobre una serie de cuestiones relacionadas con el trabajo, que se encuentran en el Área 5 (D5.7-D5.14). Si un entrevistado afirma que su principal situación laboral abarca dos opciones (por ejemplo, trabajo remunerado y labores domésticas), puntúe como trabajo remunerado, de tal forma que el entrevistado responda más adelante a las preguntas relativas al empleo en el dominio 5. Los estudiantes no han de serlo necesariamente a jornada completa para que sean incluidos en esta categoría. Esta opción se ha de aplicar incluso para aquéllos estudiantes que lo sean a media jornada, aunque ésta sea su principal situación laboral. Si el entrevistado asegurara estar desempleado, el entrevistador deberá preguntar: “se debe esto a motivos de salud o a alguna otra razón”, y puntuar de acuerdo a lo que responda.

Debido a que esta pregunta, que se encuentra en la página 5, se usará para determinar quién pasará a las preguntas D5.7-D-5.14, en la página 15, el entrevistador deberá advertir la anotación práctica, presentada para recordarle que realice dichas preguntas. Así pues, si se elige la opción de asalariado, autónomo, trabajo no remunerado o estudiante, el entrevistador deberá marcar el recuadro en la parte superior de la página 15. Cuando se llegue a esta página en el transcurso de la entrevista, inmediatamente se tendrá conocimiento de si es necesario preguntar dichas cuestiones (sí, cuando el recuadro está marcado) o de si por el contrario habrán de omitirse (en el caso de que el recuadro no esté marcado).

Sección 3: Preámbulo

Tal y como se ha mencionado anteriormente, esta sección puede definirse como una introducción a la entrevista y que es esencial para todas las preguntas que van a realizarse a continuación. El entrevistador habrá de leer la totalidad de las instrucciones palabra por palabra que aparecen en esta sección y deberá hacer referencia a las Tarjetas. Las Tarjetas #1 y #2, una vez presentadas, deberán permanecer permanentemente visibles para el entrevistado. Esta sección, consta además de información adicional sobre la entrevista dirigida a recordarle al entrevistado el objetivo de la misma, ubicarle de nuevo en el margen temporal que vamos a explorar (30 días) y presentarle las mencionadas Tarjetas #1 y #2. Se trata de una sección que por lo tanto no posee ítems a evaluar.

Sección 4: Revisión de las Áreas

DOMINIO 1: COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN

El primer dominio del WHO-DAS II examina con detalle actividades relacionadas con la comunicación y el pensamiento. Las áreas específicamente evaluadas incluyen concentración, memoria, solución de problemas, aprendizaje y comunicación. Las Tarjetas #1 y #2 habrán de permanecer visibles para el entrevistado. Cuando un entrevistado informe de algún tipo de dificultad en el desempeño de una actividad en particular, deberá preguntarle “¿Durante cuántos días ha estado esta dificultad presente?”. El entrevistador registrará en la última columna el número de días.

Especificaciones para cada Pregunta

- D1.1** **En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?** El propósito de esta pregunta es determinar la estimación del entrevistado respecto a su dificultad para concentrarse durante un periodo de tiempo breve, definido como 10 minutos. Si pidiese mayor aclaración, deberá animarse al entrevistado a pensar sobre su concentración en circunstancias habituales, no cuando estén preocupados por algún problema o situación, o bien en un ambiente con un grado de distracción inusualmente elevado. Se les puede guiar a que piensen en su concentración cuando realizan tareas propias de su trabajo, o bien estén leyendo, escribiendo, dibujando, tocando un instrumento musical, montando piezas, etc.
- D1.2** **¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?** Esta es una pregunta sobre el tipo de memoria involucrada en aspectos de la vida diaria. No se refiere a la memoria para datos irrelevantes, ni a la memoria para información detallada sobre el pasado. El entrevistado deberá considerar si suele recordar hacer cosas que son importantes para él/ella y para su familia. Si el entrevistado utiliza normalmente anotaciones, sistemas de recuerdo electrónicos, o mensajes verbales de asistentes personales, para facilitar el recuerdo, el rendimiento deberá valorarse teniendo en cuenta estas ayudas.
- D1.3** **¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?** Ésta es una actividad compleja que implica un gran número de funciones mentales. Se puede facilitar una mayor aclaración sobre el propósito de esta pregunta haciendo que el entrevistado piense sobre un problema al que se enfrentó durante los últimos 30 días. Si el entrevistado no puede identificar por sí mismo un problema al que se tuvo que enfrentar recientemente, el entrevistador puede sugerir, a modo de guía, áreas específicas en las que pueden surgir problemas, tales como el trabajo, llevar la casa, cuidar a los hijos, organizar horarios para la familia o uno mismo, etc. Una vez se ha identificado el problema, se deberá pedir al entrevistado que considere con qué facilidad: detectó la existencia de un problema, lo descompuso en partes manejables, elaboró un listado de posibles soluciones, determinó los pros y contras de cada solución, determinó cuál era la mejor solución dadas las circunstancias, ejecutó y evaluó la solución escogida y seleccionó una solución alternativa si es que la primera elección no fue exitosa.
- D1.4** **¿Aprender a realizar una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?** Aprender una nueva ruta se ofrece a modo de ejemplo en esta pregunta, sin embargo, el entrevistado no deberá limitarse a esta situación. Si se precisa una mayor clarificación o el entrevistador considera que el entrevistado está pensando exclusivamente en aprender cómo llegar a un lugar nuevo, deberá incitar al entrevistado a pensar en una situación durante el último mes en la que se requería que aprendiera algo nuevo. Podría tratarse de una tarea en el trabajo (como un nuevo procedimiento o encargo), en clase (aprender una nueva lección), en el hogar (aprender a cocinar una nueva receta) o durante el tiempo libre (aprender nuevos juegos o actividades de ocio). Deberá valorar la facilidad con que adquirió nueva información, cuánta asistencia o repetición necesitó para aprender y el grado de retención de aquello que había aprendido.
- D1.5** **¿Comprender en general lo que dice la gente?** El entrevistado deberá considerar su modo habitual de comunicación (ej. lenguaje oral, lenguaje de signos, comunicación con programas de ayuda, etc.) y en general, el grado de dificultad experimentado a la hora de comprender los mensajes de otras personas. Deberán considerarse todas las situaciones a las que el entrevistado se ha enfrentado durante los últimos 30 días, tales como entender lo que dice otra persona cuando habla rápido, cuando hay ruido de fondo, en presencia de distracciones, etc.

D1.6 ¿Iniciar y mantener una conversación? Se puntuará tanto el iniciar como el mantener una conversación. Si el entrevistado afirma tener más problemas con el inicio que con el mantenimiento de una conversación (o viceversa), deberá promediar la cantidad de dificultad experimentada con ambas actividades para determinar así una puntuación final de dificultad. El término conversación incluye el uso de cualquiera que sea el modo de comunicación habitual (oral, escrito, lenguaje de signos, etc.). Si el entrevistado usa algún tipo de programa de ayuda, la puntuación de dificultad deberá tener en cuenta la conversación durante el uso de tales mecanismos, asumiendo que generalmente están presentes. El entrevistado deberá considerar todos y cada uno de los factores que le parezcan relevantes para iniciar y mantener una conversación, como podría ser una pérdida de audición, problemas de lenguaje tales como aquellos que surgen tras una apoplejía, padecer tartamudeo, ansiedad o cualquier otro factor relacionado con una “condición de salud”.

DOMINIO 2: CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ENTORNO Las actividades a discusión en este segundo dominio del WHO-DAS II, Capacidad para Moverse en su Entorno, incluyen permanecer de pie, desenvolverse dentro de la casa, salir de casa y andar largas distancias. Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta

D2.1 ¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?

D2.2 ¿Ponerse de pie cuando estaba sentado/a? Se refiere a levantarse desde una posición de sentado en una silla, un banco o en el inodoro. No hace referencia a levantarse desde una posición de sentado en el suelo.

D2.3 ¿Moverse dentro de su casa? Se refiere a moverse de una habitación a otra, o dentro de una misma habitación, usando programas de ayuda o ayuda personal normalmente disponibles. Si el entrevistado vive en una casa de varios pisos, la pregunta también incluye el desplazarse de un piso a otro según sea necesario.

D2.4 ¿Salir de su casa? Esta pregunta pretende recoger información sobre aspectos físicos (de movilidad) a la hora de salir de casa, así como aspectos mentales o emocionales relacionados con el hecho de abandonar el hogar, tales como la depresión, ansiedad, etc. En esta pregunta, el término “casa” significa también piso, apartamento, residencia o cualquier tipo de alojamiento que tenga el entrevistado.

D2.5 ¿Andar largas distancias, como un kilómetro [o equivalente]? Las distancias de recorrido habrán de ser convertidas al sistema de medida imperante en cada cultura cuando sea necesario.

DOMINIO 3: CUIDADO PERSONAL Este dominio plantea cuestiones sobre actividades del cuidado personal, e incluye: bañarse, vestirse, comer y permanecer solo. Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta

D3.1 ¿Lavar y asear todo su cuerpo? Se refiere a lavarse el cuerpo por completo de aquella forma que sea el modo usual de hacerlo en cada cultura.

D3.2 ¿Vestirse? Incluye todos los aspectos del vestirse, tanto de la parte superior como inferior del cuerpo. Incluye, así mismo, coger la ropa del lugar en el que se guarda habitualmente (ej., armarios, percheros, etc.) y abrocharse botones, atarse los cordones, etc.

- D3.3** **¿Comer?** Se refiere a alimentarse (ej., cortar la comida, llevar la comida/bebida del plato/vaso a la boca) y tragar (tanto sólidos como líquidos). Así mismo, incluye factores mentales/emocionales que podrían contribuir a dificultar la ingesta de alimentos, como pueden ser la anorexia o la bulimia. Esta pregunta no se refiere a la preparación de la comida. Si el entrevistado se alimenta por vía no-oral (alimentación parenteral), esta pregunta se referirá a cualquier dificultad experimentada al auto-administrarse la alimentación no-oral (ej., alimentar y limpiar la bomba).
- D3.4** **¿Permanecer solo durante unos días?** El objetivo de esta pregunta es estimar la dificultad del entrevistado a la hora de permanecer solo por un periodo de tiempo considerable y sin poner en riesgo su seguridad. Una respuesta de “no aplicable” sería apropiada si la persona no ha vivido tal situación durante los últimos treinta días. Sin embargo, si el permanecer solo fue vivido sin dificultad, una puntuación de 1 o “ninguno” sería lo apropiado. Puede ser especialmente importante en esta pregunta que el entrevistador explore las respuestas de “ninguno”, y compruebe si tal respuesta es dada porque la situación fue vivida sin dificultad (en cuyo caso, codificarlo como 1 sería lo correcto) o porque no se vivió en absoluto tal experiencia (en cuyo caso deberá codificarse como N/A).

DOMINIO 4: RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS El dominio 4 se refiere a “relacionarse con otras personas” y a las dificultades que se pueden llegar a plantear con estas actividades debido a una “condición de salud”. En este contexto, “otras personas” pueden ser aquéllos de los que el entrevistado es íntimo o conoce bien (ej., el cónyuge o pareja, miembros de la familia, amigos íntimos), o aquellas personas que no conoce (ej., desconocidos). Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada pregunta

- D4.1** **¿Relacionarse con personas que no conoce?** Se refiere a la interacción con desconocidos en cualquier situación, como tratar con los dependientes de las tiendas, personal de servicio o cuando se pide indicaciones para llegar a un sitio. Incluye la aproximación a tales personas y su interacción con ellos con el objeto de obtener un propósito deseado.
- D4.2** **¿Mantener una amistad?** Incluye mantener el contacto e interactuar con amigos según sea la costumbre. Incluye también iniciar actividades con amigos y participar en las mismas cuando haya sido invitado/a.
- D4.3** **¿Llevarse bien con otras personas cercanas a usted?** El entrevistado deberá considerar aquellas relaciones que él/ella mismo/a define como estrechas. Pueden ser o no relaciones familiares.
- D4.4** **¿Hacer nuevos amigos?** Incluye la búsqueda de oportunidades para conocer gente nueva y captar las invitaciones para reunirse. Asimismo, incluye las tareas y acciones sociales y de comunicación habitual para contactar con otra persona y desarrollar una amistad.
- D4.5** **¿Mantener relaciones sexuales?** El entrevistado deberá basar su respuesta considerando lo que él/ella entiende por actividad sexual. Esta pregunta no se refiere exclusivamente a la penetración, sino que incluye abrazarse, besarse, acariciarse y otros actos íntimos o sexuales.

DOMINIO 5: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Este dominio incluye preguntas relacionadas con la dificultad experimentada por el entrevistado en las actividades de la vida diaria. Estas actividades son aquéllas que la gente realiza la mayoría de los días, e incluyen el cuidado de la casa, el trabajo y actividades académicas. Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada pregunta

- D5.1 Habitualmente, ¿Cuántas horas dedica a la semana a estas actividades?** El entrevistado deberá pensar en una semana típica de los últimos 30 días para calcular la respuesta a esta pregunta. Algunas personas realizan el grueso de las tareas del hogar durante el fin de semana. Si es así, deberá considerarse ese número de horas a la hora de calcular las horas de una semana típica. Si el entrevistado ha estado en un centro de tratamiento o en cualquier otro tipo de alojamiento diferente a su situación cotidiana habitual, deberá responder la pregunta en base al intervalo de 30 días inmediatamente anterior al periodo de referencia habitual. Si así fuera el caso, el entrevistador deberá anotarlo en el formulario.
- D5.2 ¿Cumplir con sus obligaciones domésticas?** Esta es una pregunta general cuyo objetivo es obtener la valoración del entrevistado respecto a la dificultad encontrada a la hora de mantener el hogar y cuidar de los miembros de la familia u otras personas cercanas. Se incluyen actividades relacionadas con las necesidades físicas, emocionales, económicas y/o psicológicas del hogar/la familia. En algunas culturas, cuando se plantea esta pregunta, los varones pueden llegar a señalar que ellos no tienen obligaciones domésticas. Si tal es el caso, se les habrá de aclarar que las obligaciones domésticas incluyen administrar el dinero, hacer reparaciones en casa y en el coche, cuidar el jardín de la casa, recoger a los niños del colegio, ayudarles con los deberes, encargarse de la disciplina de los niños, y cualquier otro ejemplo que al entrevistador se le ocurra con el objeto de describir obligaciones domésticas de los varones en una determinada cultura.
- D5.3 ¿Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?**
- D5.4 ¿Acabar todo el trabajo doméstico que tenía que hacer?** El entrevistado facilitará una puntuación basándose en su propia valoración de lo bien que lleva a cabo el trabajo doméstico y en si el trabajo doméstico que precisa ser realizado, realmente queda hecho. Si fuera necesario, el entrevistador recordará al entrevistado que habrá de informar exclusivamente de aquellas dificultades debidas a una “condición de salud”, y no aquéllas debidas a otras razones como podría ser no tener tiempo (a no ser que de alguna manera esta razón esté ligada a la “condición de salud”).
- D5.5 ¿Acabar su trabajo doméstico tan rápido como era necesario?** Se refiere a cumplir a tiempo las expectativas y necesidades de aquéllos con los que vive (o a los que es cercano/a) en relación con las tareas y responsabilidades domésticas.
- D5.6 En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días redujo o dejó de hacer sus tareas domésticas debido a su “condición de salud”?** Para indicar 3 días, por ejemplo, regístrelo de la siguiente manera 0 / 3. Si el entrevistado no hubiera sido capaz de llevar a cabo las tareas domésticas durante una pequeña parte del día, deberá registrarse igualmente como un día. Si el entrevistado ha estado en un centro de tratamiento o en cualquier otro tipo de alojamiento diferente a su situación cotidiana habitual, deberá responder la pregunta en base al intervalo de 30 días inmediatamente anterior al periodo de referencia habitual.

A continuación, las preguntas D5.7-D5.14 se formularán a aquellos entrevistados que informen de una situación laboral tal como un empleo remunerado, autónomo, trabajo no remunerado o estudiante. Para el resto, se omitirá esta sección y se continuará en el área 6.

- D5.7 Habitualmente, ¿Cuántas horas trabaja a la semana?** Esta pregunta se formula como un modo de obtener información sobre la proporción de tiempo empleado en el trabajo. En algunas culturas, esta pregunta se plantea de forma que el entrevistado responde si trabaja a jornada completa o a media

jornada. Sin embargo, en este ítem lo que se pide es un número específico de horas trabajadas a la semana. El entrevistador puede ayudar al entrevistado a realizar el cálculo en base al número de horas trabajadas al día, si es que al entrevistado le resulta más fácil informar de éstas. Si el entrevistado es un estudiante a jornada completa, el entrevistador deberá sustituir el término “trabajo” por el de “clase” en las preguntas de la 5.7 a la D5.14. Si una persona trabajara y además asistiera a clases, esta serie de preguntas deberán contestarse en base al número total de horas dedicadas a ambas.

- D5.8** **¿Llevar a cabo su trabajo diario?** Esta es una pregunta general cuyo objetivo es obtener la valoración del entrevistado respecto a la dificultad encontrada al realizar su trabajo o las actividades relacionadas con sus estudios. Esto puede incluir, aunque no se limita a ello exclusivamente, el llegar a tiempo, responder adecuadamente a la supervisión recibida, supervisar a otros, planear y organizar, así como cumplir las expectativas propias del empleo.
- D5.9** **¿Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?** Realizar “bien” las tareas propias del trabajo o los estudios se refiere a completarlas de acuerdo a las expectativas del supervisor o profesor, según los propios parámetros de actuación y/o tal y como se especifica en los criterios de actuación del empleo o centro de estudios.
- D5.10** **¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?**
- D5.11** **¿Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?** Se refiere a cumplir con las expectativas de cantidad y con las fechas indicadas para la conclusión de la tarea.
- D5.12** **¿Ha tenido que trabajar a un menor ritmo debido a su “condición de salud”?** El entrevistador y el entrevistado deberán recordar que el periodo de referencia para el WHO-DAS II corresponde a los últimos 30 días. Sin embargo, esta pregunta puede hacer referencia a un intervalo de tiempo iniciado en un pasado más lejano pero que continúa en el presente. El entrevistado deberá responder afirmativamente si es que actualmente está trabajando a un menor ritmo debido a su “condición de salud”. Si es que trabajó a un menor ritmo debido a una “condición de salud”, pero en el presente no se da el caso, la respuesta habrá de ser “no”.
- D5.13** **¿Ha ganado menos dinero debido a su “condición de salud”?** El entrevistado puede que sea o no capaz de dar una respuesta en base a hechos establecidos. En el caso de que indicara que no está seguro/a, se permitirá al entrevistado dar una respuesta teniendo en cuenta su propia opinión con relación a este hecho.
- D5.14** **En los últimos 30 días, ¿Cuántos días ha perdido media jornada o más de trabajo debido a su “condición de salud”?** Para indicar 3 días, por ejemplo, regístrelo de la siguiente manera 0 / 3. Si hubiera perdido menos de media jornada, no incluya ese día en el cómputo total. Al igual que en preguntas anteriores, el término “trabajo” se puede sustituir por el de “clase” según sea apropiado.

DOMINIO 6: PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD Este último dominio representa un cambio en el modo de preguntar empleado en los primeros cinco áreas. En esta área, se pide al entrevistado que considere de qué manera otras personas y el entorno dificultan su participación en la sociedad que les rodea. En esta área, el entrevistado no informa de sus limitaciones en la actividad, sino más bien de las restricciones que vive y le son impuestas por la gente, las leyes y otros aspectos del entorno en el que se desenvuelve. A la hora de leer la introducción a esta área, es muy importante que se enfatice en las frases subrayadas, para ayudar al entrevistado a cambiar de esquema mental y a entender lo que se le pregunta. El entrevistado deberá entender que el énfasis de estas preguntas no está en sus propias dificultades, sino que está en los

problemas surgidos a causa de la sociedad en la que vive. Así mismo, se plantearán preguntas en relación al impacto de la “condición de salud”.

El entrevistador deberá tener en cuenta que en la introducción a esta área se habrá de recordar al entrevistado que esta entrevista se centra en los últimos 30 días. El área 6, sin embargo, no se presta tan fácilmente a un intervalo de tiempo tan limitado, si bien se pedirá al entrevistado que intente permanecer centrado en el periodo de referencia de 30 días.

Especificaciones para cada Pregunta

- D6.1** ¿En qué medida ha tenido problemas para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)? Se podrán usar estos y otros ejemplos de actividades de la comunidad para clarificar la pregunta, como por ejemplo la asistencia a reuniones, actividades locales, del vecindario o la comunidad relacionadas con el ocio y el deporte. El aspecto que se debe enfatizar en este ítem es si se le facilita al entrevistado la participación en estas actividades o si por el contrario ésta se ve inhibida por diversos factores del entorno.
- D6.2** ¿En qué medida ha tenido problemas debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno (alrededor)? El propósito de esta pregunta es determinar cuántos obstáculos se han interpuesto en la actividad del entrevistado a la hora de lograr sus aspiraciones y planes de la misma manera que el resto de las personas. El concepto clave aquí es la interferencia externa creada por el entorno u otras personas que el entrevistado ha tenido que afrontar. Las barreras podrían ser físicas, como la falta de rampas para entrar en la iglesia, o sociales, como las leyes que discriminan contra las personas con discapacidades y/o las actitudes negativas de la gente que crea las barreras.
- D6.3** ¿En qué medida ha tenido problemas para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas? El entrevistado deberá considerar problemas que haya tenido a la hora de vivir dignamente y orgulloso de quien es, de lo que hace y/o de cómo vive su vida.
- D6.4** ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma? Esta pregunta trata de obtener una puntuación o idea global de la proporción de tiempo en esos 30 últimos días que el entrevistado dedica a afrontar algún aspecto de su “condición de salud”. Puede abarcar el tiempo empleado en visitas al centro de tratamiento, el tiempo gastado en afrontar aspectos financieros relacionados con la “condición de salud”, como pagar facturas, rembolsar los beneficios del seguro, tiempo empleado en obtener información sobre su “condición de salud”, o educando a otros a cerca de ella, etc.
- D6.5** ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”? Esta pregunta se refiere al grado de impacto emocional experimentado por el entrevistado debido a su “condición de salud”. Entre las emociones exploradas pueden incluirse ira, pesar, arrepentimiento, agradecimiento, aprecio o cualquier otra emoción positiva o negativa.
- D6.6** ¿Qué repercusión económica ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”? El concepto de familia se entiende aquí en un sentido muy amplio, de tal manera que incluye a los familiares pero también a todos aquéllos con los que el entrevistado no tiene lazos familiares pero se les considere de la familia, incluyendo a quienes puedan estar compartiendo aspectos económicos de la “condición de salud”. El énfasis de esta pregunta radica en el detrimento de los ahorros personales o de los ingresos actuales para satisfacer las necesidades creadas por la “condición de salud”. Si un entrevistado hubiera sufrido una importante repercusión económica pero no así su

familia, o viceversa, deberá responder a la pregunta basándose en la carga experimentada por la parte que económicamente se ha visto más afectada.

- D6.7** **¿En qué medida sus problemas de salud han supuesto un problema para su familia?** El énfasis se centra aquí en los problemas derivados de la interacción de la "condición de salud" con el entorno en el que vive la persona. La pregunta persigue obtener información sobre los problemas que sobrelleva la familia y que pueden incluir problemas económicos, emocionales, físicos, etc. Téngase en cuenta la definición de familia dada en D6.6.
- D6.8** **¿En qué medida ha tenido problemas para realizar por sí mismo/a cosas encaminadas a relajarse o disfrutar?** El entrevistado deberá considerar actividades de ocio en las que esté interesado/a y a los que actualmente aspira o le gustaría poder aspirar pero no puede, debido a su "condición de salud" y a las restricciones impuestas por la sociedad. Ejemplos que se podrían incluir son: que el entrevistado deseara leer pero se viera restringido porque la biblioteca local no tiene libros impresos en una edición aumentada para su uso por personas con problemas de visión, o que el entrevistado disfrutara viendo películas de vídeo pero no pudiera porque no disponen de subtítulos para sordos. Se deberá facilitar una puntuación global de los problemas encontrados.

Una vez revisada esta sección 4 y cada uno de los dominios que la componen, haremos referencia a las denominadas **Preguntas de Exploración** para los dominios que ya se han mencionado anteriormente en este capítulo:

Existe una pregunta de exploración idéntica al final de cada dominio. Esta pregunta, identificada como Px.1, se formula únicamente si alguna de las preguntas del área fue contestada con una respuesta mayor que "1" en la escala de respuesta de cinco puntos. Tal y como se indica en las instrucciones si ninguna de las preguntas del dominio recibiera una respuesta mayor que uno, la pregunta de exploración de esa área se omitirá.

El entrevistador observará que hay una segunda pregunta de exploración sólo en el dominio 6, señalada como P6.2. Más adelante se detallarán las especificaciones pertinentes para esta pregunta.

La especificación para cada pregunta Px.1 es aplicable para la misma pregunta de exploración después de cada dominio.

Especificaciones para cada Pregunta

- Px.1** **¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?** Al evaluar la "interferencia" con su vida, el entrevistado deberá considerar el grado de entorpecimiento que las dificultades mencionadas le suponen en su vida. Para algunos entrevistados, esto se relacionará con el grado de importancia que atribuya a estas actividades, o puede estar relacionado con el grado en que las limitaciones de actividad se ven reducidas por el uso de programas de ayuda o asistencia personal. La pregunta persigue generar una puntuación global sobre cómo de problemáticas resultan para el entrevistado las actividades de la vida diaria.
- Px.2** **En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días ha tenido estas dificultades?** Tal y como se ha señalado anteriormente, esta segunda pregunta de exploración se encuentra sólo al final del área 6. El entrevistador deberá advertir que, en lugar de hacerlo después de cada pregunta, en esta área sólo se pregunta una vez el nivel de dificultad experimentado, lo cual se lleva a cabo con esta pregunta de exploración. De esta manera, se obtiene un único cómputo general de los días en los que se experimentó algún tipo de problema en la Participación en Sociedad.

Finalmente, señalar que el objetivo de este capítulo, es el de facilitar información adicional respecto a qué es lo que se pretende con cada pregunta del WHO-DAS II. El entrevistador deberá hacer uso de esta información para su propio entrenamiento en el uso de la entrevista, así como para cuando el entrevistado pida algún tipo de aclaración respecto a preguntas concretas, absteniéndose así de ofrecer sus propias interpretaciones.

FORMATO SALIDA RECREATIVA



Descripción Visita						
Actividades que contempla el paseo						
Actividades	Hora			Responsable		
Detalle						
Nombre Lugar				Fono Lugar		
Fecha Salida				Nombre Chofer		
Chofer cuenta con licencia al día que permita transporte de pasajeros	SI	NO	Vehículo con revisión técnica al día	SI	NO	
Vehículo con permiso de circulación al día	SI	NO	Vehículo con condiciones mínimas de acuerdo a Protocolo	SI	NO	
Horario Salida				Fono Chofer		
Horario Llegada				Patente Bus		
Dirección Partida						
Dirección destino						
N° Participantes				N° Acompañantes		
	Nombre y apellido	R.U.T			Partida	Regreso
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Costo por residente		Costo promedio	
Desayuno (lugar)		Almuerzo (lugar)	
Once (lugar)			

	Nombre acompañante (funcionarios o voluntarios)	Vínculo con la unidad	Teléfono de contacto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

FICHA SALIDA POR VISITA FAMILIAR



ANTECEDENTES GENERALES			
Nombre Residente :			
Fecha Salida:		Fecha Regreso	
Responsable de Salida:			
Parentesco o vinculo:			
Dirección de Residencia: Calle – dirección – numero – casa/departamento – block – población – referencia calles – Comuna – Provincia – Región.			
Otra Dirección en el caso de traslado fuera de la Ciudad			
Número telefónico de contacto:			

ESQUEMA FARMACOLOGICO /horario			

COMPROMISO DE ACOMPAÑAMIENTO MEDICO (en caso de que visita coincida con esta fecha)

PERTENENCIAS Y DOCUMENTOS ENTREGADOS PARA EFECTOS DE SALIDAS MEDICAS

INDICACIONES PSICOEDUCATIVAS PARA LA REHABILITACIÓN Y DE SALUD GENERAL (incluye
mantención de tareas, responsabilidades, mantención de rutina diaria e ingesta de
medicamentos de manera autónoma en los casos en que el residente lo realice.

--

Nombre de residente	Firma

Nombre del responsable visita	Firma

AUTORIZACIÓN RETIRO DE FÁRMACOS DESDE EL ALMACENAMIENTO DE LA UNIDAD



Fecha de la solicitud de retiro

Nombre solicitante
 Cargo en el programa

Nombre Comercial del fármaco _____
 Nombre genérico del fármaco _____
 Cantidad a eliminar _____

Indique (marque) las razones del retiro o eliminación (no son excluyentes)

- Vencimiento
- Reacciones adversa
- Forma farmacéutica inadecuada (ampolla, comprimido, jarabe)
- Presentación inadecuada (concentración, volumen)
- Cambio de esquema Farmacológico

Nombre de la persona a la que fue recetado _____

Fundamentación (descripción de la situación y justificación de la eliminación)

Destino del fármaco _____

Forma de traslado _____

 Nombre y Firma Monitor

 Nombre y Firma Jefe de Programa Social Autorizando

RETIRO FARMACIA



N° comprimidos que ingresa	Fecha retiro	Origen	Nombre médico tratante o que receta	Nombre Comercial del fármaco	Nombre Genérico del fármaco	Mg	Vía Administración	Residente que corresponde

Nombre y Firma Monitor

Nombre y Firma persona que retira fármacos



FORMULARIO ÚNICO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE TURNOS PARA HOGAR PROTEGIDO SUPERVISIÓN 24 HORAS

Fecha	
Hora	

Llenar al inicio del turno

Integrantes del Turno	
Nombre Monitor	

AREA DE EMERGENCIA

Accesorios para la emergencia				
	N° Entregado	Estado		
		Bueno	Regular	Malo
Linterna				
Silbatos				
Teléfono				

Total residentes	
Hombres	
Mujeres	

Personas Hospitalizadas		
Nombre	Hospital	Fecha Hospit.

Encierre en un círculo la alternativa que corresponda (si o no) a cada una de las consultas que a continuación se realizan, si la respuesta es **SI** indique marcando con una "X" como se presenta el registro correspondiente.

Salida prolongada de residentes			
Si	Registro Libro	Completo	
		Incompleto	
		Sin Registro	
No			

Visita a residentes			
Si	Registro Libro	Completo	
		Incompleto	
		Sin Registro	
No			

Registros de Rondas			
Si	Registro Libro	Completo	
		Incompleto	
		Sin Registro	

Saldo Tarjeta BIP			
	Saldo	Sin Información	
Saldo recibido			
Saldo entregado			

ANEXO N° 12: DESCRIPTORES DE CARGO.



Nombre del cargo: Jefe de Programa Social
 Programa: Hogar Protegido
 Puesto del que depende: Coordinador Social

DESCRIPCIÓN GENÉRICA:

Responsable de coordinar, ejecutar y controlar la implementación de la planificación del Programa Social y evaluar los resultados. Administrar el funcionamiento técnico del programa a cargo y su presupuesto tanto del gasto como de los ingresos si existiese.

NATURALEZA Y ALCANCE:

El cargo es de coordinación y control de los Programas sociales asignados, bajo dependencia del Coordinador Social de la Fundación.

FINALIDADES Y ACTIVIDADES PRINCIPALES:

- 1 Garantizar el buen funcionamiento de él o los programas a su cargo. Responsable de dirigir y gestionar el programa y equipo de acuerdo a los lineamientos Institucionales del Modelo Técnico, resguardando el cumplimiento del Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, manual de procedimientos, protocolos e instrucciones específicas.
 - Diseña, implementa y controla las modalidades de funcionamiento interna que respondan a las necesidades de su población asignada.
 - Controla la aplicación de los procedimientos y estándares de calidad en la atención a personas.
 - Lleva registros estadísticos en las materias solicitadas por el Coordinador Social
- 2 Conocer y cumplir los estándares de la Norma Técnica dentro de la rutina diaria del Hogar Protegido, utilizando las pautas que permitan cumplir con estas exigencias.
- 3 Liderar el equipo de trabajo del programa, velando porque las intervenciones sean realizadas de acuerdo al modelo técnico respectivo, sus procedimientos y estándares de calidad en la atención a las personas que participan en el o los programas a su cargo.
 - Supervisa y controla de acuerdo a indicadores de tablero de Control (indicadores sociales e implementación de modelo técnico)
 - Gestiona información actualizada en el Sistema de Gestión Social.
 - Administra la capacidad de los programas a su cargo.
- 4 Gestionar eficientemente los recursos humanos puestos a su disposición, velando por su desarrollo profesional, valórico y personal, a fin de lograr los objetivos fijados por las políticas generales de FRN, la legislación y la normativa vigente.
 - Lidera, supervisa y controla los equipos de trabajo de su Unidad.
 - Propicia trabajo en equipo, de los trabajadores remunerados y voluntarios.
 - Llevar a cabo gestión administrativa de trabajadores remunerados (proceso de reclutamiento, inducción, autorización de permisos, vacaciones, beneficios,

- retroalimentación de desempeño, control de asistencia y cumplimiento de responsabilidades laborales, entre otros)
- Establece normas técnicas y administrativas de funcionamiento de cada unidad.
 - Participa activamente en reuniones periódicas de equipo de programas, unidades y Área.
 - Promueve y/o realiza actividades de capacitación para trabajadores permanentes y voluntarios.
 - Supervisa la realización o realiza directamente las inducciones al personal que ingresa a la Unidad, no sólo en los aspectos técnicos, sino también en la transmisión de la misión, valores institucionales y los específicos de la Unidad.
 - Garantizar y estimular participación del equipo de trabajo en instancias de capacitación y formación, conforme a programación institucional.
 - Evalúa periódicamente el desempeño de la personal a su cargo, dando oportuna retroalimentación a cada uno de sus trabajadores y proponiendo acciones que permitan su mejoramiento continuo.
 - Estudia si tiene el personal adecuado, en cantidad y calidad, y proponer las plantas necesarias para el correcto funcionamiento de los distintos programas.
 - Administra el presupuesto de recursos humanos asignado a su Área.
 - Realizar proceso de reclutamiento, inducción, supervisión y cumplimiento de Convenios con Instituciones u Organismos Educativos, que proveen de alumnos en práctica.
5. Gestionar eficientemente los recursos materiales puestos a su disposición, a fin de lograr las metas establecidas, de acuerdo a los lineamientos fijados institucionalmente.
- Controla mensualmente el cumplimiento del presupuesto financiero en su unidad procurando la optimización de los recursos puestos a su disposición.
 - Controla el cumplimiento administrativo tendientes a la cautela y conservación de los activos físicos utilizados por cada programa y unidad a su cargo.
 - Garantizar y promover la ejecución de planes de autocuidado y prevención del desgaste profesional, a fin de contribuir a las metas de clima institucional.
6. Asegurar las condiciones necesarias para que los trabajadores remunerados y voluntarios encuentren en los programas bajo su jurisdicción, el lugar idóneo para expresar su solidaridad y capacidad de servicio de acuerdo a las políticas de la fundación.
7. Gestiona la incorporación de voluntarios en la unidad.
8. Vela por un buen clima laboral para trabajadores remunerados y voluntarios permitiendo el desarrollo personal.
9. Mantener coordinación con instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil que formen parte de la red de instituciones que trabajan para y con las Personas con Discapacidad Mental en su territorio. Y con todas aquellas redes que permitan la articulación de acciones conjuntas orientadas a la inclusión social.
- Gestionar trabajo en red con aquellas instancias que nos permitan lograr el cumplimiento de los objetivos del PIT.
 - Gestionar con la comunidad la adquisición de recursos para las PcDM del programa.
 - Gestiona (elabora, postula y coordina) proyectos sociales que son una contribución al trabajo que realiza el programa y están visados por su jefatura directa.

RELACIONES

Puesto de trabajo	Frecuencia	Objetivo (Para qué)
Coordinador Social	Reuniones mensuales y variables para temas específicos. Contacto frecuente vía correo electrónico y telefónico.	Intercambiar información, reflexión, y seguimiento de situaciones y recibir instrucciones. Evaluar y revisar procedimientos.
Jefes de Programas Sociales	Mensual, variable, individual	Definir procedimientos y coordinaciones entre áreas para optimizar la atención de las persona, Tratamiento de temas específicos comunes. Co-responsable de actualizar información respecto a la temática a nivel corporativo. Retroalimentar a la Dirección Social.
Con organismos del Estado y de la sociedad civil relacionados con la temática del Programa /Unidad	Según necesidad	Organizar acciones conjuntas. - Informar, dar a conocer situación de las personas y modalidades de atención de los programas del Área. Crear y desarrollar actividades específicas en torno a temas de interés común. Obtener y actualizar información pertinente. Coordinar y complementar acciones en beneficio de las persona.

LIMITES DE AUTORIDAD:

- Seleccionar y contratar a las personas que ocuparán los cargos previamente autorizados en el presupuesto anual, y habiendo pasado los procesos definidos y aplicados por el equipo de la Gerencia de Personas.
- Amonestar, reconocer al personal de la unidad.
- Solicitar la desvinculación a trabajadores, previo visto del Director Social y en coordinación con Gerencia de Personas.
- Representar a FRN en eventos privados (exposiciones en Congresos u otros) previo visto bueno Director Social.

RITMO DE LAS ACTIVIDADES

Las actividades relacionadas con la operación de los programas se realizan de lunes a viernes, tanto en terreno como en ambiente de oficina. Aunque frente a dificultades del Programa debe estar de llamado las 24 horas.

Nombre del cargo: Monitor
Tipo de Programa: Hogar Protegido
Puesto del que depende: Jefe de Programa Social



DESCRIPCIÓN DE CARGO:

Monitor de Hogar Protegido para personas con discapacidad mental (para efectos de cumplimiento de Norma técnica sobre Hogares protegidos MINSAL 2006 este cargo se asemeja al de “Cuidador”)

PUESTO DEL QUE DEPENDE:

Administrativa y técnicamente del Jefe de Programa y se apoya en él para el funcionamiento de del hogar y para el acompañamiento de las personas acogidas, seguimiento al Plan de Individual de Trabajo, aplicación de instrumentos y aspectos administrativos del programa.

DESCRIPCIÓN GENÉRICA:

Ejecutar acciones, con personas que presentan discapacidad mental, de apoyo social instrumental (actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria) emocional (acciones de escucha y vinculación con otros para soporte en esta área) y cognitivo (brindar información tanto de su entorno inmediato, mediano y lo requerido por su jefatura directa); participando directamente en el proceso de apoyo social, según lineamientos del Modelo Técnico.

REQUISITOS

Enseñanza media completa.
Conocimiento y/o experiencia en trabajo con discapacidad mental.
Salud compatible con el cargo.

FINALIDADES:

Mantener y/o desarrollar con las personas del Hogar Protegido competencias en áreas de cuidado personal; estructuración de la rutina diaria; cuidado y mantención del lugar de residencia, fomentando su participación en espacios comunitarios o de su territorio, de acuerdo a sus intereses, necesidades y capacidades con el objetivo de instalar habilidades orientadas a su autonomía e inclusión social en un espacio habitacional protegido de un territorio determinado.

ACTIVIDADES PRINCIPALES

1. Conocer a cabalidad el Modelo Técnico de Hogar Protegido, utilizándolo como guía en los procedimientos y cumplimiento de estándares para la operación del programa.
2. Conocer y cumplir los estándares de la Norma Técnica dentro de la rutina diaria del Hogar Protegido, utilizando las pautas que permitan cumplir con estas exigencias.

3. Planificar la intervención social, de acuerdo a los intereses y necesidades de las personas que residen en el Hogar Protegido según estándares y protocolos previamente establecidos por el programa en el Modelo Técnico, la legislación y la normativa vigente del Servicio de Salud, dentro de un ambiente de dignidad y respeto. Bajo la orientación y supervisión del Jefe de Programa.
4. Desplegar actividades de interacción social, conductas instrumentales, integración comunitaria y/o familiar u otras que favorezcan el cumplimiento de los objetivos del plan individual de trabajo y/o la adecuada convivencia en el Hogar Protegido.
5. Desarrollar las actividades estipuladas en la planificación institucional de acuerdo a las orientaciones de la jefatura de programa social.
6. Acompañar a los residentes para que ellos logren satisfacer sus necesidades biológicas, ambientales, psicológicas y sociales. Incentivando la realización de tareas cotidianas en el hogar, apoyándolos y supervisando las acciones. De no ser posible -dado el proceso de cada residente- monitor debe gestionar la realización de actividades que aseguren el orden y limpieza del Hogar Protegido, asegurando un ambiente higiénico y organizado, de acuerdo a los estándares fijados previamente por la jefatura.
7. El monitor realiza actividades *básicas* de la *vida diaria* (por ejemplo levantada, desayuno, almuerzo, higiene, cuidado de su apariencia personal, higiene en su residencia) e instrumentales de la vida diaria (actividades domésticas, manejo de artefactos a gas y/o eléctricos, uso de servicios públicos, realización de compras) mediante el acompañamiento o enseñanza por imitación.
8. Coordinar y/o articular las atenciones oportunas para las necesidades médicas (controles, exámenes y otros de salud general y psiquiatría) u otras que pueda presentar los residentes (primeros auxilios, contención básica, etc).
9. Administrar las carpetas individuales de las personas que residen en el Hogar Protegido, de acuerdo a las indicaciones y registros señalados en Modelo Técnico de Hogar Protegido
10. Participación activa en reuniones que sean citadas por la jefatura de programa social, de coordinación, análisis de proceso de las personas que residen en el Hogar Protegido, para establecer estrategias de trabajo.
11. Realizar las intervenciones en coherencia con *Plan Individual de Trabajo (PIT)*, haciendo seguimiento y apoyando el cumplimiento de los objetivos, acuerdos y tareas propuestas en el mismo.
12. Gestionar eficientemente y según presupuesto, los recursos materiales puestos a su disposición, a fin de lograr las metas establecidas, de acuerdo a los objetivos del Programa. Debe cuidar responsablemente los enseres dentro del hogar y haciendo cumplir la mantención de estos según planificación con jefatura.
13. Cautelar y supervisar que los residentes cumplan con su esquema farmacológico de acuerdo a indicaciones médicas y controles.
14. Responsable de la ejecución de prestaciones y protocolos contenidos en modelo técnico.
15. Responsable de implementar y ejecutar las acciones y/o procedimientos contempladas de acuerdo a la metodología, flujo de proceso y condiciones estipuladas en Modelo Técnico de Hogares Protegidos

LIMITES DE AUTORIDAD:

Tiene atribuciones sólo en relación a sus funciones y dentro de los lineamientos de Jefe de Programa Social.

Nombre del cargo:	Monitor Hogar Protegido 24 horas
Tipo de Programa:	Hogar Protegido
Puesto del que depende:	Jefe de Programa Social



DESCRIPCIÓN DE CARGO:

Monitor de Hogar Protegido para personas con discapacidad mental (para efectos de cumplimiento de Norma técnica sobre Hogares protegidos MINSAL 2006 este cargo se asemeja al de “Cuidador”)

PUESTO DEL QUE DEPENDE:

Administrativa y técnicamente del Jefe de Programa y se apoya en el técnicamente, en las situaciones y casos que corresponda, principalmente relacionados al Plan de Individual de Trabajo, aplicación de instrumentos y aspectos administrativos del programa.

DESCRIPCIÓN GENÉRICA:

Ejecuta tareas de aseo, confort, cuidado y salidas para responder a necesidades básicas de salud de las personas que residen en el programa y asegurar en ellos la adecuada permanencia y acogida con dignidad.

Supervisa y apoya a los acogidos en áreas tales como autocuidado, autonomía doméstica, interacción social, conductas instrumentales, estructuración de la rutina, integración comunitaria y otras áreas vinculadas a su PIT.

NATURALEZA Y ALCANCE:

El cargo es de ejecución en terreno, (dentro o fuera del Hogar Protegido) con tareas organizadas por el Jefe de Programa social.

Ejecuta una atención oportuna durante el desarrollo de la jornada laboral (turno) de acuerdo a las necesidades de los acogidos del programa al interior del Centro, como en la red pública, con el objetivo de cuidar su integridad (física, psíquica, emocional, etc.).

REQUISITOS

Enseñanza media completa.

Disposición a trabajar en Jornada por turnos.

Salud compatible con el cargo.

Conocimiento y/o experiencia en trabajo con personas con discapacidad mental.

PERFIL

1. Conducta de acuerdo al cargo: aceptación de normas y protocolos de programa, acatamiento de turnos asignados, presentación personal, lenguaje adecuado, conducta social según reglamento interno de orden, higiene y seguridad, responsabilidad y compromiso en tareas asignadas. Disposición a integrarse al trabajo en equipo (colaboración).
2. Capacidad para desarrollar tareas asignadas en turno, rescatando el trabajo en equipo.
3. Cumplimiento perfil general Fundaciones Hogar de Cristo.
4. Habilidades interpersonales:
 - Gestionar el buen trato al acogido del programa
 - Mantener adecuadas relaciones interpersonales con equipo de trabajo.
 - Mantener Confidencialidad respecto a la situación de los acogidos
 - Mantener Autocontrol y serenidad para enfrentar situaciones difíciles.
3. Conocimientos de:
 - Atención al público (trato, compromiso, seguimiento del acogido)
 - Primeros auxilios
 - Suministro de medicamentos por vía oral

FINALIDADES Y ACTIVIDADES PRINCIPALES

1. Conocer a cabalidad el Modelo Técnico de Hogar Protegido, utilizándolo como guía en los procedimientos y cumplimiento de estándares para la operación del programa.
2. Conocer y cumplir los estándares de la Norma Técnica dentro de la rutina diaria del Hogar Protegido, utilizando las pautas que permitan cumplir con estas exigencias.
3. Planificar la intervención social, de acuerdo a los intereses y necesidades de las personas que residen en el Hogar Protegido según estándares y protocolos previamente establecidos por el programa en el Modelo Técnico, la legislación y la normativa vigente del Servicio de Salud, dentro de un ambiente de dignidad y respeto. Bajo la orientación y supervisión del Jefe de Programa.
4. Salvaguardar el acceso de los acogidos a sus controles de salud (físico/psiquiátrico) calendarizados o no.
5. Comunica en forma oportuna a Jefe de Programa sobre situaciones irregulares, alteraciones de comportamiento o del ámbito de la salud mental y/o física de acogidos observadas durante la jornada y además queda estipulado en Formulario de entrega de turnos.
6. Participar en actividades de capacitación dispuestas por el Jefe de programa.
7. Ejecutar tareas asignadas contribuyendo a la entrega de una atención integral al acogido, dependiendo de su funcionalidad, satisfaciendo sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, de acuerdo a las indicaciones del Jefe de Programa.
8. El monitor realiza actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo levantada, desayuno, almuerzo, higiene, cuidado de su apariencia personal, higiene en su residencia) e instrumentales de la vida diaria (actividades domésticas, manejo de artefactos a gas y/o eléctricos, uso de servicios públicos, realización de compras) mediante el acompañamiento o enseñanza por imitación.
9. Realiza acciones de manipulación de alimentos pudiendo apoyarse de los residentes como forma de naturalización de las actividades domésticas en el hogar. Lo anterior de acuerdo a lo indicado por Jefe de Programa Social.

10. Ejecutar con los acogidos tareas relacionadas a la activación física, cognitiva o recreativa de acuerdo a rutina asesorada por un Terapeuta Ocupacional o Kinesiólogo de la red o las dispuestas por la institución vía convenios.
11. Ejecuta acciones para la contención de acogidos desestabilizados (según protocolo) de acuerdo a indicaciones de Jefe de Programa Social.
12. Ejecuta atenciones oportunas básicas de primeros auxilios o de contención (según protocolo) de acuerdo a indicaciones del Jefe de Programa Social
13. Observa, identifica, recibe información que puedan ser constitutivos de alteración del bienestar físico, psíquico y/o emocional del acogido, de acuerdo a indicaciones de Jefe de Programa Social.
14. Participa en reuniones con jefatura a lo menos una vez al mes.
15. Asiste en la administración de medicamentos del residente, para ello realiza los siguientes procedimientos:
 - Lavado de manos.
 - Revisar fármaco exacto, dosis exacta, acogido exacto, vía exacta (sólo medicamentos vía oral) y hora exacta según esquema farmacológico.
 - Verificar inmediatamente antes de administrar la dosis que el acogido esté en condiciones óptimas para que sea administrada de lo contrario anotar en libro de novedades.
 - Explicar al acogido el propósito y la importancia de que ingiera la medicación.
 - Ofrecer el fármaco a ingerir.
 - Quedarse con el acogido hasta que todos los medicamentos pautados hayan sido tragados.
 - Registrarla en hoja registro de tratamiento los fármacos efectivamente ingeridos por el acogido.
 - En caso de un ERROR u omisión NO intencionada en la administración de la medicación informar al Jefe de Programa y registrar en cuaderno de novedades.
 - Seguimiento posterior de todas las incidencias relacionadas con la medicación.
 - Frente a reacciones adversas iniciar protocolo de urgencias de salud.
 - Responsable de la ejecución de prestaciones y protocolos contenidos en modelo técnico.
 - Responsable de implementar y ejecutar las acciones y/o procedimientos contempladas de acuerdo a la metodología, flujo de proceso y condiciones estipuladas en Modelo Técnico de Hogares Protegidos

RELACIONES

Puesto de trabajo	Frecuencia	Objetivo (Para qué)
Jefe de Programa Social	Diario a través de conversaciones no planificadas. Mensual en reuniones de Turno	Recibir instrucciones, socializar información relevante y lineamientos, realizar requerimientos, reflexionar.

LÍMITES DE AUTORIDAD:

El Cargo tiene atribuciones solo en relación la ejecución de tareas relacionadas con sus funciones y dentro de los lineamientos entregados Jefe de Programa Social

ANEXO N° 13: FORMATO RETROALIMENTACIÓN MODELO TÉCNICO



SUGERENCIAS Y COMENTARIOS SOBRE ESTE MODELO TÉCNICO

Es fundamental que todos los miembros de los equipos participen en la co-construcción y mejoramiento de este documento. Envíe a la directora social de la fundación sus comentarios:

Correo Electrónico:

Verónica Retamal Arriagada

vretamal@rostrosnuevos.cl

Rodrigo Varas Zumaran

rvaras@rostrosnuevos.cl

Dirección:

Fundación Rostros Nuevos: Arica 3833. Estación Central. Santiago.

Sede:	Fecha:
Programa:	
Centro de Costo (CECO):	
Nombre:	
Cargo:	
Comentario u observaciones 1: (puede incluir N° de página, o título del párrafo que desea comentar)	
Comentario u observaciones 2:	
Sugerencias: (Puede ser de contenido o de forma del documento)	
Fundamentación:	
Otras Observaciones:	