

DOCUMENTOS TÉCNICOS

---

# Tratamiento de alcohol y otras drogas para personas en contextos rurales



## **Tratamiento de alcohol y otras drogas para personas en contextos rurales**

Área de Tratamiento e Intervención, División Programática  
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)  
Ministerio del Interior y Seguridad Pública  
Gobierno de Chile  
Santiago, Chile  
2021

© SENDA

Registro de Propiedad Intelectual N°

ISBN:

Este documento fue elaborado por el Área de Tratamiento e Intervención de SENDA,  
con la colaboración del psicólogo Mario Pacheco León.

Edición: Marly Mora

Diseño y diagramación: Bethania Rodrigues

Impresión:

DOCUMENTOS TÉCNICOS

---

# Tratamiento de alcohol y otras drogas para personas en contextos rurales





# Contenido

Presentación	7
<hr/>	
<b>1. Concepto de ruralidad</b>	8
1.1 Definición de ruralidad	8
1.2 Revisitando lo "rural" en el Chile actual	11
1.3 Acceso a la salud de la población rural en Chile	14
<hr/>	
<b>2. Tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias en contextos rurales</b>	19
<hr/>	
<b>3. Estrategias de tratamiento basado en la evidencia en el contexto rural</b>	24
3.1 Cuidados basados en la evidencia	24
3.2 Uso de la tecnología para apoyar la recuperación	36
<hr/>	
Referencias	39



# Presentación

**Dentro del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el Área de Tratamiento e Intervención de la División Programática promueve una atención de calidad en la ejecución de programas, planes, proyectos y prácticas para el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.**

En este marco, SENDA presenta el documento ***Tratamiento de alcohol y otras drogas para personas en contextos rurales***, que contiene orientaciones internacionales para brindar intervenciones terapéuticas para estas personas en condiciones de ruralidad, y analiza las tecnologías de comunicación para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud mental.

Se agradece la colaboración del psicólogo y asesor clínico especializado, Mario Pacheco León, quien participó en la elaboración de este documento.

# 1.

## Concepto de ruralidad

### 1.1

#### Definición de ruralidad

No existe una definición internacionalmente compartida respecto al concepto de ruralidad (UNODC, 2017), y su definición ha estado tradicionalmente relacionada con aspectos censales (número de habitantes y actividad económica), y varía de país en país (Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, 2017; Sabalain, 2011).

En Chile, en los censos de los años 1992 y 2002, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define “urbano” y “rural” del siguiente modo (INE, s/f; Faiguenbaum, 2011):



## **Población urbana**



**Población de personas que viven en conjuntos de viviendas concentradas con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, con un 50% o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente, se consideran urbanos los centros de turismo y recreación que cuentan con más de 250 viviendas concentradas, y que no cumplen con el requisito de población.**

## **Población rural**

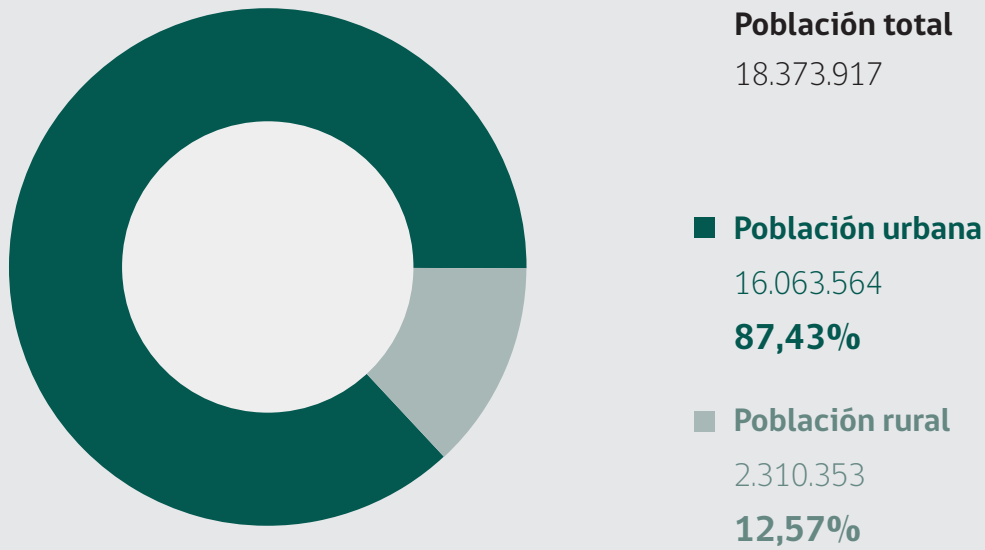


**Asentamiento humano concentrado o disperso con 1.000 o menos habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, en los que menos del 50% de la población activa se dedica a actividades secundarias.**

Según el informe del INE (2017), la población estimada al 30 de junio de 2017 en Chile era la siguiente (Figura 1):

Figura 1

**Población urbana y rural de Chile**



Fuente: INE (2017).

La proporción de población rural estimada al 30 de junio de 2017 por regiones del país, era la siguiente (Figura 2):

Figura 2

### Población rural de Chile según regiones

Región	Población rural %
Arica y Parinacota	6,35
Tarapacá	4,22
Antofagasta	2,09
Atacama	7,9
Coquimbo	19,03
Valparaíso	8,2
Metropolitana	3,04
O'Higgins	28,17
Maule	32,05
Biobío	17,51
La Araucanía	31,61
Los Ríos	30,94
Los Lagos	30,05
Aysén	18,04
Magallanes	7,11

Fuente: elaboración propia con datos del INE (2017).

Según Sabalain (2011), la definición con fines censales de ruralidad —y que actualmente está en uso en el país— tiene su origen en los censos de población en la década de los años 60, lo cual implica que dicha definición está desactualizada respecto a la realidad de la población, considerando las transformaciones migratorias, la mayor infraestructura vial y de conectividad. Se ha indicado que se requiere una nueva definición que no sólo se refiera a lo geográfico y demográfico, sino que incorpore la dimensión social en las comunidades identificadas como rurales (Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, 2017).

## 1.2

### Revisitando lo “rural” en el Chile actual

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2008), si se toma como punto de referencia la actividad económica preponderante en los territorios nacionales (piscisilvoagropecuaria), la población rural es casi tres veces mayor que la estimada según la definición oficial citada antes.

A su vez, el desarrollo económico y social experimentado en el país en las últimas décadas, ha posibilitado que los habitantes de los territorios rurales se sientan cercanos, integrados y conectados entre sí y con el conjunto de la sociedad (PNUD, 2008), y se ha desdibujado la dicotomía urbano-rural.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Para una revisión histórica de la ruralidad en el país, se sugiere ver PNUD (2008, pp. 42-48).

En un estudio realizado por Berdegué et al. (2010), en 223 comunas definidas como rurales —que fueron tipificadas de acuerdo a 10 variables representativas de los ámbitos relacionados con actividades económicas, demografía, accesibilidad o distancia respecto a polos urbanos, capital humano y acceso a servicios básicos—, se encontró que existe una amplia diversidad en los grados y tipos de ruralidad; y, al igual que en el estudio de PNUD (2008), se confirmó que el país es más rural de lo que habitualmente se supone. El estudio de Berdegué et al. (2010) encontró que un tercio de las comunas estudiadas, con un 20% de la población rural, la ruralidad es sinónimo de aislamiento, elevada incidencia de pobreza, predominancia de la agricultura para el autoconsumo o el mercado interno, poco acceso a servicios básicos y baja dotación de capital humano.

Las transformaciones económicas y sociales del país han tenido un fuerte efecto en la organización social en las áreas rurales, entre las cuales pueden destacarse las siguientes (PNUD, 2008):

## Cambios en la organización social en las áreas rurales

### Cambios en la composición y características de la mano de obra:



se ha observado una disminución sostenida en el empleo de mano de obra<sup>2</sup>; las mujeres participan cada vez más en el mercado laboral, lo cual ha alterado los roles de género que excluían a las mujeres rurales del trabajo remunerado fuera del hogar (González y Pavez, 2016).

### Se ha transformado en forma acelerada los perfiles demográficos:



se han reducido las familias numerosas que caracterizaban a las zonas rurales, igualándose el número de habitantes por hogar en las zonas rurales y urbanas.

### Existe un mayor acceso a la educación,



reduciéndose la brecha respecto a las zonas urbanas; el alfabetismo y la cobertura de educación básica y media ha dejado atrás la imagen tradicional del habitante rural como personas “ignorantes”.

### Se ha reducido notablemente la situación de pobreza en las zonas rurales,



y la distribución del ingreso es similar al de las zonas urbanas.

### Ha mejorado la conectividad física:



la infraestructura caminera (con miles de kilómetros de caminos interiores asfaltados) y los servicios de transporte, permiten un mayor número de contacto de los habitantes rurales con los pueblos y las ciudades, y en la actualidad el aislamiento geográfico es excepcional. Según PNUD (2008), la conectividad física ha sido uno de los principales motores del cambio y de las formas de vida en las zonas rurales.

### La tecnología de comunicaciones



(televisión, telefonía celular) ha vinculado a los habitantes rurales entre sí y con el resto del país.

2 Debido a los cambios en las técnicas productivas y en los sistemas de gestión (PNUD, 2008).

El informe de desarrollo humano del PNUD (2008), mostraba que en 2008 los habitantes rurales tenían un elevado acceso a los servicios básicos del hogar (electricidad, agua potable), a equipamiento del hogar (refrigerador, lavadora, reemplazo de la leña por gas licuado para cocinar, televisión, radio), a medios de movilización distintos a la tracción animal (bicicleta, automóvil), y acceso a crédito bancario y de casas comerciales.

Respecto a la participación social y a las orientaciones culturales en las zonas rurales, el informe de PNUD (2008), reporta lo siguiente:

- > **Una elevada participación social de los habitantes** en clubes deportivos, iglesia, juntas de vecinos, centros de padres y comités vecinales. A diferencia de la organización local, la afiliación política y sindical era muy baja.
- > Se observó un **escaso grado de sociabilidad en las personas encuestadas**; según aumentan los grados de dispersión geográfica, las personas tienen cada vez menos instancias de interacción con personas amigas. Respecto a los vínculos basados en la confianza interpersonal, se observó que el entorno cercano se reduce a la familia y a los pocos amigos con los cuales se cuenta; y esta tendencia se traduce en bajos niveles de confianza en los “otros” (esa desconfianza es mayor en las mujeres que en los hombres). El informe de PNUD indica que ni los amigos ni la vecindad parecen constituir una red sólida de capital social a la que se pueda recurrir para la realización de proyectos personales<sup>3</sup>.

- > Respecto a la individuación de las personas, el estudio de PNUD encontró que la **autodeterminación personal era significativamente menor** que la observada en las grandes ciudades. Sin embargo, los jóvenes rurales tienden a igualarse a los jóvenes de las grandes ciudades: mayor locus de control personal, se sienten menos obligados por las tradiciones y consideran que estas no deben ser ataduras, y predomina una mayor proyección hacia la autoconstrucción de una autobiografía. A su vez, las mujeres en una mayor proporción que los hombres, sienten que el rumbo que ha tomado su vida no es producto de decisiones personales, sino de las circunstancias que les ha tocado vivir.<sup>4</sup>

### 1.3 Acceso a la salud de la población rural en Chile

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011) informa que la provisión de servicios de salud alcanza en Chile una cobertura legal (seguro de salud o protección social) y geográfica prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo del territorio nacional.

Al año 2017, la red de atención primaria en salud estaba compuesta de 2.064 establecimientos, que se distribuían del siguiente modo (MINSAL, 2018a):

---

3 Según el PNUD (2008), “la concepción que asocia la ruralidad a vínculos de tipo tradicional, y que expresarían un modo particular de vivir ‘la buena vida’ en el marco de valores comunitarios, no parece sostenerse a la luz de estos resultados. Más bien serían la fragmentación y la desconfianza el patrón cultural más generalizado”. (p. 79)

4 El análisis del material cualitativo del estudio de PNUD reveló que las mujeres tienen menos oportunidades para moverse dentro del territorio, debido al cuidado de los hijos e hijas; están más sujetas al tipo de oportunidades económicas disponibles en el territorio, y la eventual interrupción de sus estudios por la maternidad disminuye su empleabilidad.

## Red de atención primaria en salud



**Centros de Salud de Atención Primaria (CESFAM)**

**584**

**Postas de salud rural (PSR)**

**1.165**

**Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)**

**227**

**Hospitales comunitarios**

**70**

Respecto al acceso a la salud de la población rural, el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (2017) informa que se cuenta con pocos datos estadísticos, debido a que el Ministerio de Salud recoge los datos administrativos a partir de las comunas y las regiones, y muchas comunas están divididas en áreas rurales y urbanas lo cual impide identificar con precisión el tipo de zona a la cual se refieren los datos. Según el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, la información por zona de la encuesta CASEN de hogares permite obtener algunos datos por zona respecto a la salud, y muestra que el acceso a la salud de los hombres y mujeres de las zonas rurales era, en el año 2015, muy similar al de las zonas urbanas:

Figura 3

**Porcentaje de cobertura de atención en salud en zonas urbanas y rurales, según género**

Género	Zona	% cobertura
Hombre	Urbana	96,10
	Rural	96,60
Mujer	Urbana	97,50
	Rural	98,10

Fuente: adaptado del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (2017).

El Ministerio de Salud (MINSAL, 2017) informó que en 2015 la totalidad de los establecimientos de la red de atención primaria en salud<sup>5</sup> contaban con el Programa de Salud Mental; sin embargo, se observaba una brecha en la cobertura de tratamiento de distintos grupos etarios, de problemas específicos de salud mental, y en la calidad de la atención<sup>6</sup> (MINSAL, 2018a).

Actualmente, la red de salud pública otorga atención a las personas con uso problemático de sustancias a través de la oferta disponible en los diferentes niveles de atención (MINSAL, 2018a):

5 2.027 establecimientos en ese año: CESFAM (577), CECOSF (176), PSR (1.176), hospitales comunitarios (98) (MINSAL, 2017).

6 Aunque el documento del Ministerio de Salud (MINSAL, 2018a) no describe la brecha en la calidad de la atención, probablemente se refiere a la distancia en el tiempo de las visitas/sesiones con el profesional de salud mental, y la ausencia de reuniones clínicas en la programación del tiempo de trabajo de los profesionales (Aravena, 2014).



## Atención a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas en la red de salud pública

### Atención primaria de salud



- Programa GES Alcohol y Drogas para adolescentes menores de 20 años.
- Programa DIR: Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas; con cobertura parcial en 150 comunas en el año 2017 (MINSAL, 2017)<sup>7</sup>.
- Intervención preventiva y terapéutica que forman parte del componente Detección Precoz y Tratamiento Temprano de Alcohol y Drogas en población general, del Programa de Salud Mental Integral (MINSAL, 2005).

### Nivel de especialidad



Tratamientos ambulatorios básicos, intensivos, intensivo comunitario, residencial y desintoxicación (corta estadía) para población adulta e infanto-adolescente (que se financian a través de PPV o convenios con SENDA).

<sup>7</sup> Este programa se denominaba antes "Vida Sana" Tiene tres objetivos específicos: 1. Realizar tamizaje para la detección de riesgo por el consumo de alcohol, tabaco y/o otras drogas a la población de 10 y más años: Ficha CLAP para población de 10-13 años; CRAFFT para población entre 14 y 18 años; AUDIC-C para población mayor de 19 años; AUDIT [tamizaje completo] para la población evaluada con patrón de uso de riesgo en el AUDIT-C; y ASSIST para población mayor de 19 años. 2. Realizar intervención breve en adultos e intervención motivacional en adolescentes que obtuvieron puntuación de consumo de riesgo en el tamizaje. 3. Referencia asistida a evaluación inicial y confirmación diagnóstica en el programa de salud mental integral del mismo establecimiento de salud, a las personas con puntuación de consumo de alto riesgo en el tamizaje. Ver *Resolución Exenta N° 1.313* (MINSAL, 2016, 06 de diciembre) y *Resolución Exenta N° 1.459 que Rectifica Resolución Exenta N°1.313 de 2016* (MINSAL, 2016, 29 de diciembre).

### 1.3.1. Postas de salud rural

Las postas de salud rural (PSR) son establecimientos de menor complejidad que forman parte de la red asistencial, localizadas en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o gran dispersión, cuyo propósito es contribuir a las necesidades de salud de las comunidades rurales, a través de un conjunto de acciones con pertinencia cultural: atención en salud, promoción, prevención y autocuidado (MINSAL, 2011).

Las características de sectores rurales de mediana o baja concentración de población o gran dispersión son las siguientes:

- Tienen entre 500 y 4.500 habitantes permanentes, que viven a 8 km aproximadamente del establecimiento de salud más cercano.
- Tienen dificultades de accesibilidad geográfica, con un servicio de locomoción pública con una frecuencia inferior a 4 servicios diarios y en un horario no adecuado al del establecimiento más cercano.

El personal de las postas de salud rural está conformado por uno o dos técnicos paramédicos (según el

tamaño del territorio) que brindan continuidad de la atención y tienen contacto permanente con la población, y los profesionales de la salud que realizan la ronda rural (con una frecuencia mínima de 2 veces al mes)<sup>8</sup>. El horario de atención es 8 horas diarias de lunes a viernes (y de 12 horas diarias de lunes a viernes, y 4 horas el día sábado si el establecimiento cuenta con más de un técnico paramédico) (MINSAL, 2011).

La posta de salud rural ejecuta las acciones de los programas de salud que están contemplados en el Plan de Salud Familiar vigente para cada año<sup>9</sup>, y las acciones asociadas a los programas de Atención Primaria.

A su vez, la posta de salud rural facilita el acceso, la referencia y el seguimiento de las acciones que no son resueltas localmente; y asume las acciones, según su resolutivez, en el cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES) (referencia, seguimiento para asegurar la continuidad de la atención). Lo anterior incluye el acceso a los exámenes de laboratorio básico en Atención Primaria y los exámenes complementarios de laboratorio clínico básicos correspondientes al GES (MINSAL, 2011).

---

8 Médico/a, enfermero/a, matró/a, nutricionista, asistente social, kinesiólogo/a, odontólogo/a, sicólogo/a, chofer, y otros profesionales técnicos definidos localmente.

9 Son definidas de acuerdo con las orientaciones programáticas para la red de salud (MINSAL, 2011).

# 2.

## Tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias en contextos rurales

En esta sección se revisan los tres principios internacionales para la provisión de tratamiento a las personas que presentan uso problemático de sustancias (UNODC & WHO, 2016), con referencia a la población que vive en condición de ruralidad (UNODC, 2017).

### Principio 1



**El tratamiento debe estar disponible, ser accesible, atractivo y apropiado para las necesidades de las personas.**

Los servicios esenciales del tratamiento incluyen lo siguiente:

- > **Detección temprana e intervención breve.**
- > **Evaluación diagnóstica** (evaluación inicial y confirmación diagnóstica).
- > **Diversos niveles o intensidad de los cuidados según las necesidades de las personas** (tratamiento ambulatorio básico, ambulatorio intensivo, residencial, cuidados hospitalarios en régimen de internación).
- > **Continuidad de los cuidados.**

Los servicios de tratamiento debieran estar ubicados en un sitio geográfico al cual pueda tener acceso la población urbana y rural a través de la locomoción pública; y debiera brindarse la atención en horario diurno y vespertino (para facilitar el acceso de las personas que tienen empleo fuera del hogar o que tienen responsabilidades familiares) (UNODC & WHO, 2016).

Se han identificado dos barreras para la participación en tratamientos de salud mental para la población rural que los requiere:

- > **Una barrera es el acceso al tratamiento disponible en la red de salud (UNODC, 2017).** Al igual que en otros países, el tratamiento en Chile es provisto en establecimientos urbanos de la red de salud (CESFAM, COSAM y programas en convenio con SENDA).
- > **Otra barrera –identificada en Estados Unidos– es la percepción de falta de privacidad y el temor a ser estigmatizado** por participar en esos tratamientos en el establecimiento de salud rural (SAMHSA, 2016; UNODC, 2017; Young et al., 2015). Es decir, las personas temen que los miembros de la comunidad se enteren de que son usuarias de atención de salud mental, y temen ser estigmatizadas como “locas”.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> El estudio de Vicente et al. (2005) acerca del uso de servicios de salud mental en una muestra representativa nacional de personas de 15 años y más, mostró que las razones “miedo al diagnóstico” y “lo que otros pudieran pensar” estaban entre las justificaciones más usadas por las personas para no solicitar ayuda de salud mental; estas justificaciones se relacionan con el estigma (Mascayano et al., 2015). La búsqueda realizada en la Web no encontró artículos acerca del estigma social como una barrera para la búsqueda de atención en salud mental de la población rural nacional.

## Principio 5



**Los servicios de tratamiento deben responder a las necesidades de los distintos subgrupos especiales de personas usuarias (adolescentes, mujeres, adultos mayores).**

## Principio 7



**Las políticas, los servicios y los procedimientos del tratamiento debieran apoyar un enfoque de tratamiento integrado, y las redes con los servicios complementarios deber ser monitoreadas y evaluadas en forma continua.**

UNODC (UNODC & WHO, 2016) recomienda que el tratamiento en el contexto rural debiera proveerse en la comunidad local, con servicios a nivel informal (por ejemplo, servicios prestados por ONGs a nivel local, grupos de apoyo comunitario) y de atención primaria en salud (es decir, servicios geográficamente accesibles a la población). Esta recomendación está basada en el hecho de que sólo un porcentaje menor de personas que presentan trastorno por uso de sustancias requieren servicios muy especializados como tratamiento en modalidad residencial o de cuidados hospitalarios intensivos, los cuales se recomienda que estén organizados en forma regional.

De acuerdo con los tres principios presentados, la provisión de tratamiento a la población rural en Chile implicaría el desarrollo de una política comunal (local) (Leyton, s/f), para ser implementada a través de las postas de salud rural, por tratarse del punto de acceso a la red de salud más cercano al domicilio de la población rural nacional<sup>11</sup>. Esta indicación considera que las personas que presentan uso problemático de sustancias son renuentes a solicitar ayuda en forma voluntaria o espontánea (SAMHSA, 2010), y que en las áreas rurales el uso de sustancias (principalmente alcohol en Chile) puede ser un comportamiento culturalmente prescrito (UNODC, 2017).

11 El documento de UNODC (2017) enumera las etapas para el desarrollo de esa política, las que no se describen aquí porque van más allá del alcance de este documento.

Se sugiere, además, que en el diseño de esa política se evalúe el costo-beneficio de proveer tratamiento ambulatorio básico a las personas usuarias adultas y adolescentes, y su familia, en el recinto de la posta de salud rural versus financiar el traslado de las personas al dispositivo de tratamiento urbano más cercano a sus domicilios.

En esa evaluación deben tenerse en cuenta los siguientes tres aspectos:

## Aspectos para evaluar provisión de tratamiento ambulatorio básico en contexto rural

### Horario de atención del establecimiento urbano.



Es decir, ¿el dispositivo de tratamiento provee servicios en horario vespertino para las personas que trabajan (atención después de las 17:00 horas)?

### Distancia del sector rural al establecimiento urbano, frecuencia y horario de la locomoción pública disponible.



Aunque el establecimiento urbano provea servicios después de las 17:00 horas, ¿el tiempo de traslado, la frecuencia y el horario de la locomoción pública, permiten que las personas usuarias asistan a sesiones de tratamiento y regresen a su domicilio?

### Región geográfica y latitud.



Con independencia del tiempo de traslado, la frecuencia y el horario de la locomoción pública, es necesario considerar que la longitud del país (latitud) tiene relación con la duración del día en las distintas zonas geográficas, fenómeno que se acentúa en el invierno; así, por ejemplo, anochece más temprano en las regiones con mayor porcentaje de población rural: regiones de La Araucanía, Los Ríos y Los Lagos. Este aspecto también puede considerarse como una barrera para el acceso a tratamiento en un establecimiento urbano.

# 3.

## Estrategias de tratamiento basadas en la evidencia en el contexto rural

El **Principio 4** para la provisión de tratamiento a las personas que presentan uso problemático de sustancias (UNODC & WHO, 2016), indica que el tratamiento debe estar basado en la evidencia científica y requiere responder a las diversas necesidades de las personas que presentan trastorno por uso de sustancias.

### 3.1 Cuidados basados en la evidencia

Uno de los desafíos principales en el contexto rural, es la disponibilidad de recursos para proveer un continuo de servicios para las personas que presentan trastorno por uso de sustancias (UNODC, 2017).

En general, el continuo de los servicios de tratamiento y de los cuidados incluye los siguientes componentes (UNODC, 2017):

- > **Servicios de *outreach***
- > **Detección, intervención breve y referencia asistida (DIR)**
- > **Desintoxicación**
- > **Tratamiento**
- > **Tratamiento para personas que presentan trastornos mentales comórbidos**
- > **Continuidad de los cuidados**



A continuación, se examina la provisión de esos servicios en el contexto rural nacional, considerando que el punto de contacto más cercano con la red de salud de las personas usuarias es la posta de salud rural, independientemente de que el tratamiento ambulatorio básico sea brindado en ese dispositivo de salud, o que se financie el traslado de las personas a la posta de salud rural.

### 3.1.1. Servicios de *outreach*

Una definición general del concepto *outreach* es la siguiente (Villegas-Perez, 2016):



**[El *outreach* es] una actividad [comunitaria] para proveer apoyo y servicio a poblaciones que de otra manera podrían no tener acceso a esos servicios. [...] Además de la entrega de servicios, el *outreach* tiene un rol educacional, para que la población tenga conocimiento de los servicios existentes, y brindar una vía segura [para la participación en el tratamiento] de las personas con necesidades más sofisticadas. (p. 8)**

Se han descrito diversos métodos de *outreach*, que se diferencian en el propósito del servicio (SIRG, 2015). A continuación, se describen dos de esos métodos:

- > **Avisos en los medios.** Su objetivo es diseminar información acerca de servicios a una amplia audiencia. El diseño del aviso o spot puede, además de informar del servicio, fomentar la conciencia acerca de la salud y el autocuidado en la población objetivo.
- > **Contacto directo.** Este método consiste en el contacto cara a cara o por medio del teléfono<sup>12</sup> con los usuarios potenciales.

En el campo de los servicios para el abuso de drogas, y también en la promoción de cuidados de sexo seguro y test de VIH, el contacto cara a cara (denominado *outreach work*) es realizado en la comunidad por profesionales o agentes comunitarios (pagados o voluntarios) que toman contacto en el terreno con personas que exhiben conductas de riesgo (uso de sustancias, sexo no seguro). Su objetivo es enganchar a las personas con un servicio que brinda diagnóstico y tratamiento (EMCDDA, 1999; Dugas et al., 2015; Jaramillo et al., 2014; NIDA, 2000).

Los servicios de *outreach* para usuarios consumidores de sustancias en las postas de salud rural del país pueden incorporarse a las actividades comunitarias

que se realizan en esos dispositivos de salud (MINSAL, 2010, 2011):

- > **Diálogos ciudadanos**
- > **Educación para la salud de la comunidad**
- > **Talleres promocionales**
- > **Visitas domiciliarias**

### 3.1.2. Detección, intervención breve y referencia asistida (DIR)

La detección, la intervención breve y la referencia asistida (DIR) es una intervención basada en la evidencia (SAMHSA, 2013) cuyo objetivo es identificar, reducir y prevenir el uso problemático y la dependencia a sustancias, que se implementa generalmente en los servicios de atención primaria (UNODC, 2017).

El diseño de una política local para reducir y prevenir el uso de riesgo de sustancias —e identificar a potenciales personas usuarias en el contexto rural que requieren tratamiento— debiera fortalecer y potenciar la implementación del programa DIR<sup>13</sup> masivamente en las postas de salud rural.

La implementación de este programa no requeriría la contratación de personal adicional al existente en las postas de salud rural, toda vez que los instrumentos

---

12 Por ejemplo, el servicio de Fono Drogas y Alcohol de SENDA. Ver <http://www.senda.gob.cl/fonodrogasalcohol/>

13 Detección, intervención breve y referencia asistida.

de tamizaje<sup>14</sup> del uso de riesgo de alcohol y/o drogas han sido diseñados para ser administrados por personal profesional y no profesional debidamente capacitados<sup>15</sup>. Asimismo, se requeriría financiamiento para capacitar a los técnicos paramédicos en la administración de los instrumentos y las intervenciones motivacionales, según el nivel de riesgo detectado por cada instrumento; y, obviamente, sería necesario entregar orientaciones técnicas para la implementación del programa DIR.

La evaluación inicial y confirmación diagnóstica de las personas con uso de alto riesgo de sustancias, podría ser realizada en el mismo establecimiento de salud rural por el profesional médico, psicólogo/a o asistente social del equipo de cabecera del establecimiento.

### 3.1.3. Desintoxicación

La desintoxicación y estabilización es una intervención que se administra a las personas que presentan dependencia a sustancias, y es definida como un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objetivo ayudar a la persona usuaria a lograr la abstinencia temprana y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo

de malestar físico y emocional (*Center for Substance Abuse Treatment*, 2006; UNODC, 2003).

El nivel del riesgo de síntomas de privación severo es uno de los criterios para determinar el nivel de los cuidados iniciales para la persona usuaria (Mee-Lee y Shulman, 2019): hospitalización u otro entorno residencial, o ambulatorio (*Center for Substance Abuse Treatment*, 2006).

En el contexto rural, para aquellas personas usuarias que pueden beneficiarse con servicios de desintoxicación ambulatoria, esta intervención podría ser brindada por el profesional médico en la posta de salud rural<sup>16</sup>, para lo cual se requería lo siguiente:

- > **que el profesional médico haya sido capacitado para brindar esa intervención;**
- > **contar con los medicamentos necesarios en el arsenal farmacológico de la posta de salud rural<sup>17</sup>; y**
- > **capacitar a los técnicos paramédicos para brindar cuidados a esos pacientes.**

Respecto a quienes requieren cuidados hospitalarios para la desintoxicación, estas personas serían referidas al hospital correspondiente.

14 Ver nota al pie N° 7, en la sección 1.3 de este documento.

15 De acuerdo con el **Segundo informe de la evaluación del sistema de salud mental de Chile** (MINSAL, 2014), en el año 2012, el 42% de los técnicos de enfermería de la posta rural había participado, a lo menos, en una capacitación de 2 días en salud mental.

16 UNODC (2017) reporta que, en el estado de Tamil Nadu en la India, la TT Ranganathan Clinical Research Foundation (Hospital TTK) entrega atención comunitaria a personas que viven en villas rurales y que presentan dependencia al alcohol, y, además, brinda desintoxicación en el hogar.

17 Las normas técnicas de las postas de salud rural indican que pueden incluirse en el arsenal farmacológico de esos establecimientos los medicamentos incorporados en el arsenal farmacológico de la Atención Primaria de Salud (MINSAL, 2011).

### 3.1.4. Tratamiento

UNODC (2017) sugiere brindar tratamiento psico-social y farmacológico para las personas que lo requieran. En este documento, el Área de Tratamiento e Intervención de SENDA sugiere que el tratamiento de las personas usuarias sea brindado en la posta de salud rural, para aumentar la probabilidad de que esas personas enganchen y adhieran al tratamiento.

El tratamiento podría ser brindado por el equipo de cabecera de ese establecimiento de salud (médico/a, psicólogo/a, asistente social, enfermera/o); o por una dupla psicosocial (psicólogo/a y asistente social<sup>18</sup>) anexa al equipo de cabecera que brinda tratamiento en un número de postas de salud rural de la comuna (UNODC, 2017). En ambos casos, se requiere que la organización del servicio y la capacitación de los profesionales permitan brindar un tratamiento de calidad a las personas. Estos requerimientos se resumen de la siguiente manera:

---

18 Coordinados con el/la médico/a del equipo de cabecera.

## Organización del servicio



Las sesiones con las personas usuarias debieran tener una frecuencia semanal<sup>19</sup> y ser organizadas de manera que la persona usuaria pueda ser atendida por el profesional médico o enfermera/o en el mismo día que asiste a intervención psicosocial.

## Capacitación de los profesionales



### Profesional médico y enfermera/o:

Se requiere que ambos profesionales estén capacitados para el manejo médico de personas que presentan trastorno por uso de sustancias, y para brindar intervenciones farmacológicas según las necesidades comunes de esa población (Center for Substance Abuse Treatment, 2009a; OPS, 2017; Pascual et al., 2013; Pereiro, 2009; Pereiro y Fernández, 2018).



### Psicólogo/a y asistente social:

Estos profesionales debieran estar capacitados para la realización de la evaluación integral, el diseño del plan de intervención individual, y para brindar intervenciones psicosociales estructuradas —orientadas a metas y basadas en la evidencia—. Los enfoques basados en la evidencia más ampliamente usados en el tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de sustancias son (Becoña y Cortés, 2009; Pereiro y Fernández, 2018; UNODC, 2017):

- > **Terapia Cognitivo Conductual (psicólogo/a)**
- > **Entrevista Motivacional (psicólogo/a y asistente social)**
- > **Terapia de Prevención de Recaídas (psicólogo/a y asistente social)**

<sup>19</sup> Las normas técnicas de las Posta de Salud Rural indican que la frecuencia mínima de las rondas es de 2 veces al mes, dependiendo de las necesidades de la población inscrita.

Las normas técnicas de las postas de salud rural indican que en estos establecimientos debe implementarse **un modelo de salud con pertinencia cultural**, el cual debiera articularse y relacionarse en forma respetuosa y colaborativa con los agentes sanadores locales y tradicionales, especialmente cuando el establecimiento brinda atención a comunidades indígenas (pueblos originarios); en este caso, se debe incluir en el equipo a asesores culturales que faciliten la relación entre el equipo de salud y la comunidad (MINSAL, 2011).



**La pertinencia cultural y la competencia cultural pueden definirse en forma amplia como “la habilidad para honrar y respetar las creencias, el lenguaje, los estilos interpersonales, y los comportamientos de individuos y familias que reciben servicios, así como también de los profesionales que proveen esos servicios” (SAMHSA, 2014, p. xv20 ).**

La anterior definición se refiere a la cultura de los pueblos originarios, a la cultura que caracteriza a una región (por ejemplo, las áreas rurales en Chiloé), y también a grupos formados sobre la base de diversas características y que es más probable encontrar en los territorios urbanos.

Un ejemplo de tratamiento con pertinencia cultural es el tratamiento ambulatorio básico brindado a personas usuarias mapuche en el Hospital Intercultural Makewe de Padre Las Casas, en la Región de La Araucanía<sup>21</sup>, en el cual las estrategias de tratamiento tienen como fundamento principal al pensamiento mapuche<sup>22</sup>.

Aunque los enfoques basados en la evidencia para el tratamiento de personas que presentan trastornos por uso de sustancias, han sido investigados con muestras conformadas por habitantes urbanos en Estados Unidos (de diverso origen étnico, entre

ellos, blancos anglosajones, afroamericanos, hispanos, asiáticos), dependerá de la habilidad de los profesionales acomodar las técnicas de esos enfoques a la cosmovisión, las creencias y el lenguaje de las personas usuarias (Duncan & Miller, 2017).

### 3.1.5 Tratamiento para personas que presentan trastornos mentales comórbidos

En países industrializados, como Estados Unidos, existe en el contexto rural una brecha en la provisión de cuidados a la población que presenta trastorno mental comórbido al trastorno por uso de sustancias (Deans & Soar, 2005; SAMHSA, 2016; White, 2011)<sup>23</sup>.

En Chile, se ha articulado el nivel secundario de atención en salud mental y el nivel primario de atención por medio de las consultorías en salud mental.

21 Ver <http://www.senda.gob.cl/hospital-makehue-rehabilitacion-en-consumo-con-mirada-intercultural/>

22 "El pueblo mapuche concibe la salud como un estado de equilibrio entre las personas y su entorno. Al romper el equilibrio o las leyes que regulan la relación con el entorno natural y social, se produce la enfermedad física, psicológica y espiritual. En este sentido, el vocablo mapuche para hacer referencia a la enfermedad corresponde a kuxan, el que es entendido como un término amplio que trasciende la dolencia física, y engloba a la persona, la familia y su comunidad de manera conjunta. Desde esta perspectiva, el individuo es considerado agente de su propio kuxan, en tanto este estado se genera al desobedecer principios propios de la visión de mundo mapuche, como la transgresión de otros espíritus de la naturaleza. Por lo tanto, para mantener el bienestar, las personas están llamadas a desarrollar una forma de vida adecuada a las normas naturales y espirituales, sosteniendo una actitud respetuosa hacia todas las energías naturales que habitan el universo" (Pérez, 2015, p. 46).

23 Los factores que explican esta brecha son los siguientes: falta de servicios especializados en las áreas rurales, barreras para el acceso a los servicios urbanos especializados (distancia geográfica del centro urbano y déficit de transporte público), déficit de profesionales, capacitación técnica insuficiente de los profesionales disponibles (Deans & Soar, 2005; Bond Edmond et al., 2015; Pullen & Oser, 2014; SAMHSA, 2016; White, 2011).



**[La consultoría en salud mental se define como] la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general de Atención Primaria de Salud, con el propósito de potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas atendidas en ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de personas con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos. (MINSAL, 2016b, p. 15)<sup>24</sup>**

24 La consultoría en salud mental incluye tres componentes: 1. Supervisión y apoyo del equipo consultor al equipo consultante respecto a un caso clínico; 2. Capacitación respecto a situaciones clínicas, a partir de los casos que se abordan en conjunto; y 3. Coordinación clínica y administrativa respecto a la continuidad de cuidados de pacientes y al funcionamiento del programa en el territorio (MINSAL, 2016b).

En efecto, la consultoría en salud mental es un recurso técnico para el diagnóstico, el tratamiento y el manejo clínico de las personas usuarias que presentan trastorno mental comórbido al trastorno por uso de sustancias, y que reciben tratamiento en la atención primaria (plan ambulatorio básico) en el CESFAM<sup>25</sup>. La consultoría en salud mental no se realiza en las postas de salud rural (MINSAL, 2014)<sup>26</sup>.

Sin embargo, en la actualidad se detectan dos nudos críticos en la atención primaria de salud: la consultoría en salud mental no se efectúa con regularidad, y se ha verificado un descenso en el porcentaje de médicos que participan en consultorías (MINSAL, 2017).

Las orientaciones técnicas de la consultoría en salud mental indican que la consultoría debe efectuarse en el lugar de desempeño del equipo de atención primaria, ya sea en el centro de salud del nivel primario, en el hospital comunitario, o en otro espacio comunitario definido de manera consensuada (MINSAL, 2016b).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el uso de la telemedicina para proveer servicios de salud física y mental en el contexto rural y áreas geográficamente aisladas en los países. La telemedicina es definida por la OMS de la siguiente manera:

25 O que participan en ese tratamiento, porque es el único tratamiento disponible en la comuna urbana.

26 Ya que esas personas usuarias reciben tratamiento en el centro de salud de atención primaria o secundaria, según las normas técnicas de las postas de salud rural (MINSAL, 2011).





[La telemedicina es] la prestación de servicios de cuidados de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continua de los profesionales de la salud, con el objetivo de progresar en la salud de los individuos y sus comunidades. (WHO, 2010, p. 9)

Las aplicaciones de la telemedicina pueden ser clasificadas de la siguiente manera (WHO, 2010)<sup>27</sup>:

- > **Asincrónica o diferida en el tiempo:**  
comunicación vía correo electrónico, por medio del cual se transmite textos escritos e imágenes.
- > **Sincrónica o en tiempo real:**  
videoconferencia.

El Ministerio de Salud (MINSAL, 2016b) definió como **teleconsultoría** a una consultoría de salud mental que utiliza medios tecnológicos que hacen posible alcanzar lugares remotos, para los cuales los recursos disponibles no permiten realizar la consultoría en forma presencial. En la práctica, la teleconsultoría consiste en una videoconferencia donde participan un/a psiquiatra consultor/a y el equipo tratante de atención primaria, la que puede incluir o no a la persona usuaria.

27 Se ha denominado "telesalud" a la comunicación vía internet y tecnología de la comunicación cuyo campo de acción es más amplio que el de la telemedicina; mientras que la telemedicina se refiere a la prestación de servicios clínicos a distancia, la telesalud puede incluir servicios no clínicos, como capacitaciones en tiempo real o demorado (webinar), chat, mensajes de texto, revisión en tiempo demorado de videos de entrevistas con personas usuarias (SAMHSA, 2015, 2016).

El Ministerio de Salud publicó recientemente un Programa Nacional de Telesalud, en el cual se describen tres líneas de acción: teleeducación, telemedicina y teleasistencia (MINSAL, 2018b).

En síntesis, el equipo profesional que brinda tratamiento en la posta rural de salud a personas usuarias que presentan trastorno mental comórbido, pueden coordinar la realización de consultorías de salud mental presenciales —en el CESFAM o en otro espacio comunitario— para recibir asesoría especializada en el diagnóstico, el tratamiento y el manejo clínico de esas personas. Si no es posible realizar una consultoría presencial, pueden coordinar la realización de teleconsultorías, las que tendrían que realizarse en el CESFAM o en otro espacio comunitario que tenga acceso a la red fija de internet.<sup>28</sup>

### 3.1.6. Continuidad de los cuidados

En la actualidad, la continuidad de los cuidados es entendida según el concepto de recuperación, el cual ha sido definido de la siguiente manera:



**[La recuperación es el] modelo de cuidados orientado a la recuperación a largo plazo para los pacientes con trastorno por uso de drogas, que sigue a la estabilización de la abstinencia alcanzada durante el tratamiento ambulatorio o residencial. Su objetivo es reducir el riesgo de recaídas en el uso de drogas por medio del apoyo del cambio en el funcionamiento social y bienestar personal del individuo, así como también su lugar en la comunidad y en la sociedad más amplia. El manejo de la recuperación tiene el propósito de estabilizar, apoyar y fortalecer la recuperación a lo largo de la vida, y movilizar al paciente para que se haga responsable del manejo de su trastorno en base a sus fortalezas y resiliencia. (UNODC & WHO, 2016, p. 60)**

<sup>28</sup> Actualmente en el país existe una brecha en el acceso a redes digitales o calidad de estas; mientras que en 2017 la brecha digital en los hogares urbanos alcanzaba al 38%, esa brecha aumentaba al 79% de los hogares rurales (Gidi, 2018).

El concepto de recuperación es más amplio que el logro y la mantención de la abstinencia (o la reducción del uso de la sustancia), e implica la integración social de la persona usuaria.

UNODC (2017) describe las siguientes características de los programas de manejo de la recuperación:

- > Están orientados a los individuos con trastornos crónicos de uso de sustancia, para ayudarlos a alcanzar una recuperación a largo plazo.<sup>29</sup>
- > Sus actividades incluyen:
  - > proceso de enganche proactivo con el tratamiento,
  - > evaluaciones centradas en fortalezas,
  - > un tratamiento centrado en la recuperación y la persona,
  - > servicios de apoyo a la recuperación,
  - > entrenamiento en autocuidado,
  - > chequeo post tratamiento, y
  - > uso de recursos de la comunidad para apoyar la recuperación sostenida.
- > Incorpora servicios de apoyo de pares.

En general, en las áreas rurales de los países industrializados —por ejemplo, en Estados Unidos— (Bond Edmond et al., 2015; Pullen & Oser, 2014; SAMHSA,

2016; White, 2011) y de los países en vías de desarrollo —por ejemplo, en Chile— (UNODC, 2017), existe una brecha en el acceso a recursos comunitarios para apoyar y fomentar la recuperación de las personas usuarias.

Desde la perspectiva de un tratamiento orientado a la recuperación de las personas en la posta de salud rural, se distinguen las siguientes actividades de manejo de la recuperación que pueden ser implementadas con facilidad por el equipo clínico en coordinación con los técnicos paramédicos en ese establecimiento de salud:

- > **Continuidad de los cuidados** de enfermedades crónicas de salud física y trastornos mentales comórbidos crónicos (MINSAL, 2011).
- > **Seguimiento y chequeo post-tratamiento** para detectar tempranamente el riesgo de recaída. Esta actividad puede efectuarse por medio de visitas domiciliarias o contactos acordados en el recinto del establecimiento de salud.
- > **Intervenciones familiares** para apoyar la recuperación de la persona usuaria: intervención psicosocial y/o consejería de salud mental, en visita domiciliaria o en el recinto de la posta de salud rural (MINSAL, 2011).

29 Según White & Kurtz (2006), debido a sus connotaciones médicas, el concepto de recuperación es más aplicable al proceso por medio del cual son resueltos los problemas severos y persistentes del uso de sustancias. Según estos autores, términos como “disminuir”, “cesar” y “resolver” se aplican mejor a los procesos de resolución de problemas de las personas que presentan problemas temporales y menos severos debido al uso de sustancias.

Respecto al servicio de apoyo de pares, dependerá de la realidad local del sector rural la disponibilidad de organizaciones comunitarias a las cuales pueda integrarse o reintegrarse la persona usuaria.<sup>30</sup>

La resolución de otras necesidades de la persona (y de su grupo familiar) para apoyar y fomentar la recuperación —ayuda social, trabajo, educación, capacitación laboral, vivienda y asesoría legal— requerirán de un trabajo en red con los servicios sociales del Estado y de organizaciones civiles y religiosas que están disponibles en ese sector rural.

## 3.2

### Uso de la tecnología para apoyar la recuperación

El desarrollo de las tecnologías de comunicación contemporánea (internet, teléfonos móviles, apps) ha conducido al desarrollo de la tecnología conocida como *mHealth* (mSalud en español) (WHO, 2010).

Su diferencia de la telemedicina y de la telesalud (SAMHSA, 2015, 2016; MINSAL, 2008b), es que se trata de una tecnología destinada a los usuarios de los servicios de salud.<sup>31</sup>

Pueden distinguirse tres tipos de *mHealth* (SAMHSA, 2015, 2016; WHO, 2010):

- > **Sitios web para los servicios de *outreach*, tamizaje e intervención temprana** con estudiantes universitarios en Estados Unidos. Otras iniciativas son comunidades de apoyo de la recuperación para adultos jóvenes, que posibilitan la participación en reuniones online, por medio del teléfono, chat de voz o texto, o el computador (SAMHSA, 2015)<sup>32</sup>.
- > **Videoconferencias** en tiempo real con una o más personas usuarias, para la realización intervenciones de pre-tratamiento en Estados Unidos (SAMHSA, 2015)<sup>33</sup>.
- > **Aplicaciones en teléfonos móviles inteligentes (*Smartphone*)**. Se han desarrollado diversas aplicaciones para el manejo de la recuperación post-tratamiento en Estados Unidos (Chih et al., 2014; Meredith et al., 2015).

30 Un desafío para la integración comunitaria de las personas que presentan trastorno por uso de alcohol, es el uso culturalmente prescrito de alcohol en actividades comunitarias en el contexto rural, como clubes deportivos (el "tercer tiempo" en los partidos de fútbol), domaduras, mingas, celebraciones de progenitores en la escuela, etc.

Las organizaciones religiosas comunitarias como los cultos evangélicos o "protestantes" que apoyan la abstinencia del uso de alcohol (y que tienen una mayor presencia que la fe católica en algunas regiones rurales del país), serían adecuadas como instituciones para la integración social de las personas usuarias que comparten esa fe religiosa.

31 El Programa Nacional de Telesalud (MINSAL, 2008b) no incluye el desarrollo de *mHealth*, lo que puede estar relacionado con el elevado costo para desenvolver esta tecnología.

32 Al redactar este documento, se ingresó a tres de esos sitios web según la ruta indicada en SAMHSA (2015), algunos de estos sitios también están disponibles en el Reino Unido (.com.uk); se requiere el registro de las personas usuarias en el sitio web.

33 Las autoridades de salud en Estados Unidos publicaron un documento cuyo propósito es guiar a los profesionales en el desarrollo y en la implementación de servicios de tratamiento del abuso de sustancias por medio de intervenciones vía internet o teléfono móvil (Center for Substance Abuse Treatment, 2009b).

Las investigaciones han mostrado que el uso de la tecnología *mHealth* mejora el acceso a los servicios de las personas que están aisladas geográficamente, también puede mejorar la calidad y la efectividad de los cuidados; aunque no se ha demostrado el costo-beneficio de la *mHealth*, se ha indicado que puede ser igual de efectiva que el contacto cara a cara con un terapeuta (SAMHSA, 2015).

Sin embargo, la tecnología *mHealth* descrita (sitios web y apps en Smartphones) requiere una inversión financiera onerosa para su desarrollo y mantenimiento; probablemente se requerirán varios años para su desarrollo en el sistema de atención pública en el país.

Respecto al uso de videoconferencias (o chat por medio del computador) con personas usuarias en el contexto rural, la brecha digital existente en el país (Gidi, 2018) es una barrera para implementar esos servicios.<sup>34</sup>

En las postas de salud rural —y dependiendo de la calidad de la señal de los teléfonos móviles y de la cobertura de internet para esos dispositivos—, podría implementarse un recurso de bajo costo de comunicación a distancia con las personas usuarias que poseen un Smartphone, cuya efectividad se ha probado en estudios pilotos en diversos países (WHO, 2010). Este recurso consiste en enviar mensajes de texto recordándole a las personas usuarias las citas a sesiones con los profesionales, o a otros servicios de la red de salud o de los servicios sociales de la comunidad.

---

34 La búsqueda en la web con las palabras clave "psicoterapia online en Chile" dio como resultado diversos sitios que ofrecen sesiones pagadas en modalidad de videoconferencia o chat. Es necesario advertir que no existen en el país normas que regulen esos servicios.



## Referencias

- Aravena, C. (2014). *Aplicación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y sus principios en el ejercicio profesional de psicólogos de atención primaria de salud* [memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile]. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.). (2009). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Berdegúe, J; Jara, E.; Modrego, F.; Sanclemente, X. y Schejtmann, A. (2010). Comunas Rurales de Chile. Documento de Trabajo N° 60. Programa Dinámicas Territoriales Rurales. Rimisp.
- Bond Edmond, M.; Aletrais, L. & Roman, P. (2015). Rural substance use treatment centers in the United States: an assessment of treatment quality by location. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 41(5), 449-457. doi:10.3109/00952990.2015.1059842
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Detoxification and Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2009a). *Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 49. HHS Publication No. (SMA) 09-4380. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2009b). *Considerations for the Provision of E-Therapy*. HHS Publication. No. (SMA) 09-4450. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Chih, M.; Pattson, T.; Mc Tavish, F.; Isham, A.; Judkins-Fisher, C.; Atwood, A. & Gustafson, D. (2014). Predictive modeling of addiction lapses in a mobile health application. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 29-35. doi: 10.1016/j.jsat.2013.08.004
- Deans, C. & Soar, R. (2005). Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 268-274.
- Dugas, M.; Bédard, E.; Batona, G.; Kpatchavi, A.; Guédou, F.; Dubé, E. & Alary, M. (2015). Outreach Strategies for the Promotion of HIV Testing and Care: Closing the Gap Between Health Services and Female Sex Workers in Benin. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome*, 68, Supplement 2, 198-205.
- Duncan, B. & Miller, S. (March/April, 2017). How Psychotherapy Lost Its Magick. *Psychotherapy Networker*. <https://www.psychonetwarker.org/magazine/article/1077/how-psychotherapy-lost-its-magick>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (1999). *Outreach work among drug users in Europe: Concepts, practice and terminology. Final Report*. EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_93520\\_EN\\_Insight2.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93520_EN_Insight2.pdf)
- Faiguenbaum, S. (2011). Definiciones oficiales de "rural" y/o "urbano" en el mundo. En Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Hacia una nueva definición de "rural" con fines estadísticos en América Latina* (pp. 67-90).
- Gidi, P. (2018). *Infraestructura de Telecomunicaciones para Nuevas Tecnologías*. Subsecretaría de Telecomunicaciones. <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlID=135549&prmlTIPO=DOCUMENTOCOMISION>



- González, S. y Pavez, A. (2016). Consecuencias de la Nueva Ruralidad en Chile Central: identidades mixturadas y representaciones sociales en comunas rurales de la VI Región y Región Metropolitana. *Revista Márgenes*, 13(18), 33-40.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2017). *Compendio estadístico*. Actualizado el 29 de marzo de 2018. INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (s/f). *Glosario censal*. <http://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/glosario-censal.pdf?sfvrsn=2>
- Jaramillo, A.; Hidalgo, C.; Armijo, I.; Hayden, V.; Santis, R. y Lasagna, A. (2014). Aspectos Clave en el Desempeño Exitoso de Agentes Comunitarios en Intervenciones de *Outreach* con Jóvenes Consumidores de Drogas. *PSYKHE*, 23(1), 1-14. doi: 10.7764/psykhe.23.1.666
- Leyton, F. (s/f). Construcción del Plan de Acción de Alcohol 2017-2020 SENDA-MINSAL [documento de trabajo]. SENDA-MINSAL, Área de Alcohol.
- Mascayano, F.; Lips, W.; Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Mee-Lee, D. & Shulman, G. (2019). The ASAM Criteria and Matching Patients to Treatment. In S. Miller, D. Fiellin, R. Rosenthal & R. Saitz (Eds.), *The ASAM principles of addiction medicine* (6a Ed.) (pp. 1064-1095). Wolters Kluwer.
- Meredith, S.; Alessi, S. & Petry, S. (2015). Smartphone applications to reduce alcohol consumption and help patients with alcohol use disorder: a state-of-the-art review. *Advanced Health Care Technologies*, 1, 47-54. doi: 10.2147/AHCT.S65791
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. (2017). *Mujeres rurales en Chile: Sistematización de algunos elementos* [Documento de trabajo]. División de Estudios y Capacitación en Género, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género de Chile.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2005). *Guía Clínica. Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problemático y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria*. Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2010). *Manual de Trabajo Comunitario. Postas de Salud Rural*. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2011). *Normas Técnicas Postas de Salud Rural*. Norma Técnica N° 121. División de Atención Primaria, MINSAL.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2014). *Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe*. MINSAL.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2016a). *Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas: Hacia un enfoque intercultural*. Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2016b). *Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental*. MINSAL.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2018a). *Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud*. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2018b). *Programa Nacional de Telesalud. En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2000). *The NIDA Community-Based Outreach Model: A manual to reduce the risk of HIV and other blood-borne infections in drug users*. (NIH Publication Number 00-4812). NIDA. <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/cbom.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Oficina de la Representación de OPS/OMS en Chile.
- Organización Panamericana Mundial de la Salud (OPS). (2017). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Versión 2.0. OPS.
- Pascual, F.; Guardia, J.; Pereiro, C. y Bobes, J. (Eds.). (2013). *Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol* (3ª Ed.) Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Pereiro, C. (Ed.). (2009). *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Pereiro, C. y Fernández, J. (Coord.). (2018). *Guía de Adicciones para Especialistas en formación*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Pérez, C. (2015). *Salud intercultural desde la visión de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa* [tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Psicología de la Salud, Universidad de Concepción]. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2008). *Desarrollo Humano en Chile Rural*. PNUD.
- Pullen, E. & Oser, C. (2014). Barriers to Substance Abuse Treatment in Rural and Urban Communities: A Counselor Perspective. *Substance Use & Misuse*, 49(7), 891-901. doi:10.3109/10826084.2014.891615
- Sabalain, C. (2011). El concepto de "rural" en los países de la región. En Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Hacia una nueva definición de "rural" con fines estadísticos en América Latina*. (pp. 29-30). CEPAL.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*. SAMHSA.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2013). *Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. Technical Assistance Publication (TAP) Series 33. SAMHSA.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *Improving Cultural Competence*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 59. SAMHSA.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015). *Using Technology-Based Therapeutic Tools in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 60. SAMHSA.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2016). Rural Behavioral Health: Telehealth Challenges and Opportunities. *In Brief*, 9(2). SAMHSA.
- Social Innovation Research Group (SIRG). (2015). *A Review of Promising Practices for Enhanced Access to Services for Newcomers in Guelph-Wellington*. SIRG, Lyle S. Hallman Faculty of Social Work Wilfrid Laurier University, Guelph Wellington Local Immigration Partnership Access to Services Committee. <http://www.guelphwellingtonlip.ca/wp-content/uploads/2017/04/LIP-LIT-REVIEW-March-30th-2015-FINAL.pdf>
- Oficina Contra las Drogas y el Delito (UNODC). (2003). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*. UNODC, Naciones Unidas.

- United Nations Office of Drugs and Crime (UNODC). (2017). *Prevention of Drug Use and Treatment of Drug Use and Treatment of Drug Use Disorders in Rural Settings*. United Nations.
- United Nations Office of Drugs and Crime (UNODC) & World Health Organization (WHO). (2016). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders – Draft for Field Testing*. UNODC & WHO.
- Vicente, B.; Kohn, R.; Saldivia, S.; Rioseco, P. y Torres, S. (2005). Patronos de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 263-270.
- Villegas-Perez, L. (2016, 17 de mayo). *Keys to Effective Outreach Strategies for Reaching High-Risk Populations Affected by HIV and Substance Use Disorders* (webinar). SAMHSA-HRSA [https://www.integration.samhsa.gov/mai-coc-grantees-online-community/May\\_17\\_Webinar\\_Keys\\_to\\_Effective\\_Outreach\\_Strategies\\_for\\_Reaching\\_HR\\_Populations.pdf](https://www.integration.samhsa.gov/mai-coc-grantees-online-community/May_17_Webinar_Keys_to_Effective_Outreach_Strategies_for_Reaching_HR_Populations.pdf)
- White, W. (2011). *Recovery support resources in rural and frontier areas: A call for research and action*. <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2011%20Rural%20Recovery%20Resources.pdf>
- White, W. & Kurtz, E. (2006). The varieties of Recovery Experience: A Primer for Addiction Treatment Professionals and Recovery Advocates. In W. White, E. Kurtz and M. Sanders, *Recovery Management* (pp. 7-43). Great Lakes Addiction Technology Transfer Center. <http://www.nattc.org/recoveryresourc/docs/RecMgmt.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. WHO.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Outreach Services as a Strategy to Increase Access to the Health Workers in Remote and Rural Areas*. WHO.
- Young, L.; Grant, K. & Tyler, K. (2015). Community-Level Barriers to Recovery for Substance-Dependent Rural Residents. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(3), 307-326. doi: 10.1080/1533256X.2015.1056058







FONO DROGAS Y ALCOHOL  
 **1412**  
DESDE RED FIJA Y CELULARES

**eligevivir**  
— SIN DROGAS —

 [senda\\_gob](#)

 [sendagob](#)

 [sendagob](#)

 [senda.gobcl](#)