Evaluación de Tratamiento Comunitario en un dispositivo de Bajo Umbral

Comunidad Local:
VILLA 21-24 BARRACAS

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Fundación Convivir
Educación – Salud - Ciudadanía
Gallo 950 (1172) Buenos Aires - Argentina - Te / Fax: (5411) 4866-2422 / 1365
convivir@convivir.org / info@convivir.org
www.convivir.org

Evaluación de Tratamiento Comunitario en un dispositivo de Bajo Umbral

Introducción

El campo de los consumos problemáticos de drogas ha dado origen a una importante cantidad de explicaciones de esta práctica, así como a un número no menor de intervenciones destinadas a prevenirla, morigerarla y atender a los y las usuarios/as. No obstante, existe evidencia de que la mayoría de estas intervenciones han sido insuficientes o inadecuadas, tanto en Argentina como en el resto del mundo, y de que a pesar de los esfuerzos gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y de organismos internacionales, y de los recursos invertidos en ellas, los resultados han sido magros.[1 2 3 4]

Esta problemática incluye costos políticos, económicos, sociales y ambientales, lo que lleva a que sea cada vez más compleja, dinámica, multicausal y que genera efectos negativos en la salud, en la convivencia social, en la seguridad ciudadana, en las instituciones democráticas, en las políticas públicas, en el desarrollo y en las actividades económicas.

La complejidad que asume el consumo problemático de drogas arroja como saldo sufrimiento de las poblaciones, pérdida de numerosas vidas, enfermedades y malestares sociales, entre otras consecuencias. Hasta el momento, en la mayoría de los países de la región las respuestas han sido limitadas e insuficientes, con una gran disparidad en disponibilidad y accesibilidad a los diversos servicios. En lo que respecta a la atención, la brecha es muy alta y engloba: a) diversas barreras en el acceso a la disponibilidad y

---

[1] Hopenhayn M. *Prevenir en drogas: enfoques integrados y contextos culturales para alimentar buenas prácticas*. Santiago de Chile: CEPAL. 2002.

[2] Romaní O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 2008; 4(3), 301-318.

[3] Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes. Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje. 2009.

[4] Menéndez E. L. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 2012; 8(1), 9-24.

accesibilidad a los servicios; b) escasez de recursos y personal calificado en los sistemas públicos de salud para atender estas problemáticas; c) distribución inequitativa, así como uso ineficiente de recursos y servicios (OPS, 2010).

Por ello, es necesario construir un enfoque integral, basado en experiencias y evidencia científica, teniendo en cuenta las realidades y necesidades de cada territorio, a fin de enfrentar con mayor eficacia las amenazas, los riesgos y las vulnerabilidades generados por los consumos problemáticos de drogas. De este modo, se busca favorecer el acceso de las poblaciones a programas de prevención y a servicios de atención apropiados e integrados.

Como lo han señalado recientemente algunos de los organismos internacionales que trabajan en temas de salud y derechos humanos, las respuestas socio-sanitarias que se diseñen deben basarse en un abordaje integral, equilibrado, multidisciplinario y construido sobre un marco de pleno respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Para que esto sea posible es necesario fortalecer las instituciones del Estado, sus políticas públicas y sus estrategias, en particular las de educación, salud y seguridad ciudadana (Estrategia Hemisférica sobre Drogas y el Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015).

Existen trabajos que describen "la utilidad" del consumo de sustancias en la vida de las personas (Pollak, 1970), paso fundamental en la comprensión del fenómeno en un contexto donde derechos básicos de grandes sectores de la población se vulneran (alimentación, educación, salud y vivienda) y quedan marginados de la vida ciudadana. Por otro lado, en la última década, diferentes investigaciones han dado cuenta que las redes sociales juegan un papel clave en los estados de salud/enfermedad de las personas.

Desde esta base, el modelo de intervención denominado "Tratamiento Comunitario" del cual nos ocuparemos, se basa en la intervención sobre diferentes fenómenos complejos denominados de sufrimiento social (consumo problemático de sustancias psicoactivas legales y/o ilegales, situación de calle, menores infractores, violencia de género, explotación sexual comercial infantil, etcétera) que trabaja a partir de las redes sociales como una perspectiva metodológica para el diagnóstico, diseño y desarrollo de las estrategias de intervención en una gran variedad de contextos sociales (enfatizando en los considerados de exclusión social grave).

Este modelo de intervención busca, dentro de una comunidad local, generar la articulación entre las redes existentes, aumentar su complejidad y facilitar la incorporación de la mayor cantidad posible de actores individuales y sociales.

El objetivo principal de la prevención en el marco comunitario es crear los dispositivos necesarios, es decir las redes, para poder implementar el tratamiento comunitario:

- las redes subjetivas comunitarias (RSC): personas con las cuales los miembros del equipo tienen relaciones amistosas y las relaciones entre ellas,
- las redes operativas (RO): nodos de las RSC que participan con el equipo en la implementación de acciones y procesos de TC y las relaciones entre ellas,
- las redes de recursos comunitarios (RRC): personas, grupos, asociaciones, organizaciones, instituciones, redes que pueden constituir un recurso para el TC, y sus las relaciones entre ellas,
- las redes de líderes de opinión (RLO): entidad compuesta por los líderes de opinión formales y no formales de una comunidad y las relaciones entre ellos
- las minorías activas (redes con un alto grado de densidad en las relaciones entre sus miembros, enfocadas en el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad

a) Aspectos relevantes del Tratamiento Comunitario

El tratamiento comunitario es un método de trabajo con personas, grupos, comunidades y redes que viven en contextos de alta vulnerabilidad. Esta propuesta propone un trabajo integrado y articulado entre cinco ejes:

a) prevención y organización. Este eje busca fortalecer cuando existe, crear y organizar (cuando no existe) el dispositivo para el tratamiento comunitario (TC).

b) asistencia básica y reducción de daños. Busca reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas y de las otras formas de exclusión (pobreza, falta de servicios básicos etc.). Asimismo, se propone mejorar las condiciones de vida de personas, grupos y comunidades.

c) educación rehabilitación. Propone mejorar los conocimientos y las competencias de la comunidad y de las personas vinculadas con formas de sufrimiento social en las siguientes dimensiones: legalidad, droga, vivienda, higiene,

seguridad personal, trabajo, vida sexual, educación, alimentación, familia, salud mental, consumo de alcohol.

d) atención médica y psicológica. Trabaja para reducir las consecuencias nocivas de la exclusión grave asociada con el consumo de drogas en el área de salud (mental y física).

d) ocupación y trabajo. Mejorar el nivel de autonomía, las competencias y las condiciones laborales de la comunidad y de las personas, familias, grupos, redes vinculadas con situaciones de sufrimiento social (legalidad, droga, vivienda, higiene, seguridad personal, trabajo, vida sexual, educación, alimentación, familia, condición psicológica, consumo de alcohol).

La finalidad del Tratamiento comunitario es mejorar las condiciones de vida de las personas, de los grupos y de las comunidades. Su enfoque en el tema de consumos de drogas (reducción de la demanda) respeta la historia de esta propuesta que sin embargo se dirige a las situaciones de sufrimiento social de las personas, de los grupos y de las comunidades en condición de alta vulnerabilidad en los ámbitos de educación, trabajo, derechos, relaciones familiares, de grupo, en las comunidades de vida y con las instituciones, vivienda, alimentación, seguridad, legalidad, salud etc.

El Tratamiento comunitario es un modelo de intervención que se ha venido desarrollando en 10 países de América Latina, en algunos de ellos se ha profundizado un poco más y en otros se cuenta con experiencias incipientes, entre estos países se encuentra Argentina. Uno de los objetivos fundamentales que busca el Tratamiento Comunitario es modificar las condiciones de riesgo de la comunidad y por ende de las personas que allí viven. El supuesto fundamental es entender que las condiciones de contexto de alguna manera se constituyen en escenarios posibles para que se presenten situaciones como el uso de drogas y situaciones críticas conexas. Poder demostrar los cambios en las condiciones de vulnerabilidad y poder saber cuáles han sido los cambios en las personas es parte del reto de esta propuesta. Para ello se han construido una serie de instrumentos que están interconectados que se articulan partiendo de identificar las condiciones iniciales de las personas y sus contextos de situación crítica, se logra avanzar mediante acciones de tipo directo e indirecto hacia reducción de las situaciones de riesgo que se evalúan en un instrumento llamado Evaluación CBT que maneja una variable independiente (acciones, procesos que la organización desarrolla en el contexto) y una variable dependiente (situaciones de riesgo). Esta Evaluación ha permitido mostrar cómo se generan o no

cambios en las condiciones de riesgo y protección de las personas y sus comunidades. Es así como por ejemplo se pasa de condiciones de muy alto riesgo a condiciones de mediano o bajo riesgo e incluso en bajos porcentajes se pasa de una condición de bajo o mediano riesgo a un riesgo nulo.

b) Sistema de Diagnóstico Estratégico

¿Es posible trabajar con la comunidad entendiéndola como un sujeto de tratamiento?

Considerar a la comunidad como sujeto de tratamiento significa tener un abordaje metodológico dirigido especificadamente a la comunidad (de la misma manera que existen en la práctica social abordajes dirigidos a individuos, familiar y grupos). El SiDiEs es el Sistema de Diagnóstico Estratégico ha sido inicialmente construido únicamente con la finalidad de constituir un marco lógico para el diagnóstico comunitario basado en la más alta participación posible de actores comunitarios. Sucesivamente la práctica del tratamiento comunitario ha evidenciado como este mismo proceso pueda ser muy eficaz específicamente en algunos momentos:

(i) El diagnóstico participativo
(ii) La construcción de redes y del dispositivo comunitario
(iii) La terapia de redes
(iv) El estudio y la transformación de las representaciones sociales

OBJETIVO: Reducir el impacto nocivo de los procesos de exclusión social, mejorar las capacidades de inclusión social.

DESCRIPCIÓN: El tratamiento de la comunidad es implementado por medio de un proceso que inicia con la construcción del dispositivo (prevención organización), con el diagnostico (comunitario) y con la implementación de las actividades en los otros 4 ejes.

Aquello que es específicamente dirigido a la comunidad como sujeto de tratamiento son los procesos del SiDiEs. Se trata de nueve micro procesos:

1. Identificación de la comunidad por parte de sus líderes de opinión

La construcción y la elaboración conjunta de la representación social de la comunidad producida por sus líderes de opinión es un ejercicio cognitivo (diagnóstico) y relacional (creación de interconexiones) que favorece por un lado el conocimientos de la comunidad y de sus actores, y permite modificar (en este sentido se puede hablar de tratamiento de red) las relaciones en la red de líderes de esa comunidad. Simultáneamente se construye el dispositivo, se modifican las relaciones, se produce conocimiento.

La historia de los actores, de los resultados, las lecciones aprendidas por medio de las experiencias espontaneas, no formales, formales e institucionales que han tratado de mejorar las condiciones de vida de la comunidad es fundamental es fundamental para aprender del pasado, fortalecer aquellos que ha dado resultados, cambiar lo que es necesario cambiar, innovar donde se necesita.

2. Análisis de los fracasos de los proyectos y de las buenas practicas

Entender las lógicas que hacen fracasar los proyectos y las acciones y como estas se articulan también con las dinámicas de poder adentro de las comunidades, con las resistencias, con la fuerza de la persistencia y con el rechazo del cambio es fundamental para facilitar la participación activa de todos en la construcción y en la implementación de las acciones.

3. Estudio de los proyectos anteriormente desarrollados o en fase de implementación

4. Breve historia de la comunidad

Las comunidades son como las personas, tienen historias. Estas historias contribuyen en parte condicionando y determinando su presente y su futuro. Conocer estas historias es importante para conocer el arraigo de los actores comunitarios, las orígenes de los procesos de construcción de la comunidad, de sus representaciones sociales, de sus mitos y ritos, de su vida política.

5. Elementos sociológicos (antropológicos y etnográficos)

Se trata aquí de todo el acervo de conocimiento formal de la comunidad: territorio y sus características, servicios existentes y faltantes, características demográficas, arquitectura urbana. A lado de esto se ubican resultados de estudios antropológicos y etnográficos, es decir, el estudio de la cultura comunitaria y de las formas en las cuales esa cultura se manifiesta.

6. Identificación de los temas generadores

El punto central relacionado con los temas generadores es responder a la pregunta: ¿de qué habla la gente? Cuál es el contenido de los diálogos y discursos de la vida comunitaria: deseos, preocupaciones, quejas, propuestas, comentarios e ideas. Los temas generadores son subdivididos en dos grupos: los espontáneos, propuestos directamente por los actores comunitarios y los inducidos (aquellos que son propuestos por el equipo y/o la red operativa). El trabajo con temas generadores tiene una finalidad cognitiva (saber) y una finalidad de transformación: modificar lenguajes, modalidades representativas y expresivas etc.

7. Elementos y estrategias de anclaje y objetivación

Modificar las representaciones sociales es el objeto central de la prevención (en su sentido clásico) de la educación/rehabilitación y de la cura psicológica en el marco del tratamiento comunitario (ejes 1, 3 y 4). Anclaje y objetivación son los dos procesos que favorecen la construcción y por consecuencia también el cambio de las representaciones sociales. Su modificación es necesaria sobre todo porque las representaciones sociales son causa-consecuencia-causa de exclusión. Pueden serlo también de inclusión.

8. Mitos y formas rituales

Los temas generadores fundamentales en una comunidad (nacimiento y muerte, salud y enfermedad, fuerza, violencia, justicia, conflicto, droga, alcohol, pobreza, victima, calle, pandilla etc.) tienen sus mitos (con sus personajes y sus modelos ejemplares) y sus ritos. Estos mitos y ritos conforman gran parte del pensamiento y de la vida cotidiana de las comunidades (se piense al mito de la pandilla y a los rituales que todos en una comunidad

tienen que respetar). Entender estos mitos y ritos permite crear conciencia, modificar representaciones sociales, crear nuevos mitos y formas rituales.

Un conflicto puede ser entendido como un proceso en el cual dos o más actores se encuentran en oposición mutua o son incompatibles. Dicho de otra manera un conflicto es un proceso de construcción de oposiciones e incompatibilidades. Entender la lógica de los conflictos, de cómo estos persisten, cambian, se reproducen o encuentran respuestas es fundamental. Según los iniciadores del

9. Identificación de los conflictos de base en el interior de la comunidad

En el trabajo de redes los conflictos son la fuente de las dinámicas comunitarias, las que permiten los cambios constructivos a veces los no deseados también.

METODOLOGÍA DE TRABAJO ¿Con quién y cómo se trabajan los procesos del SiDiEs?

Los actores/participantes son (i) las redes (RSC, RO, RLO, RRC, MA), (ii) toda la población que desea participar. Las modalidades de trabajo son las más variadas: talleres, seminarios, grupos de discusión, focus group, asambleas, debates, encuentros con expertos, juegos de papeles, teatro, música, encuestas comunitarias, cartografía social o ecológica... y todas aquellas formas que la creatividad de los actores comunitarios sugiere.

Realización del SIDIES

COMUNIDAD LOCAL:
VILLA 21.24 BARRACAS

La villa 21-24 de Barracas es la de mayor población de la Ciudad de Buenos Aires, siendo un barrio de inmigración con mayor presencia de las comunidades paraguayas y bolivianas. Esta localizada en el Sur de la Ciudad de Buenos Aires delimitada entre las calles Magaldi, Alvarado y las vías del ferrocarril (en forma de triángulo). Luna, Riachuelo, Iguazú, C.S/Nombre, Iriarte, F.F. Belgrano y Borde del Riachuelo, con un área de ocupación de 65,84 hectáreas.

Los primeros asentamientos sobre los terrenos del ferrocarril datan de los años sesenta y el ritmo de crecimiento fue sostenido desde entonces atravesando políticas de desmantelamiento y reubicación durante las dictaduras militares de los años setenta. Con la vuelta de la democracia, aparece la política de radicación con la urbanización y regulación de la ocupación de terrenos. Natalí Jauri[5] comenta sus resultados:

La política de radicación, como respuesta hegemónica a la problemática de las villas en la ciudad desde 1983, tampoco ha logrado cumplir con sus objetivos propuestos en sus casi treinta años de implementación. Como hemos visto, durante todo este tiempo se han realizado obras de infraestructura, pavimentación y apertura de calles, construcción de vivienda colectiva e individual nueva y equipamiento comunitario. Sin embargo, los avances fueron exiguos con la desventaja que, a medida que va transcurriendo el tiempo, la villas se densifican a un ritmo vertiginoso lo que ocasiona: por un lado, la poca factibilidad de implementar las propuestas de urbanización elaboradas, ya que estas fueron diseñadas para cada villa teniendo en cuenta una determinada cantidad de población en un determinado tiempo; por otro, la distancia cada vez más significativa e insalvable entre los avances estatales en materia de hábitat en villas y la demanda habitacional que se crea en éstas de forma continua e ininterrumpida.

Pese a la implementación de diversas políticas por los diferentes gobiernos, el crecimiento del barrio fue sostenido. Según los últimos tres censos nacionales la población de la villa 21-24 Barracas creció al siguiente ritmo:10.822 (1991); 16.108 (2001); 29.782 (2010). La variación relativa entre 1991 y 2001 fue del 84,9%. y entre 1991 y 2010 el total fue del 175,2%.

Según datos de la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación de la Ciudad de Buenos Aires (UIMyE) la población en villa de la Ciudad aumentó en los últimos 10 años un 52,3%, lo que representa más de 56 mil nuevos habitantes en villas y asentamientos. Esta población representa el 5,7% del total de la población porteña en 2010.

El resultado es la deslegitimación de instituciones gubernamentales (hospitales, fuerzas de seguridad) y la resolución de las conflictivas dentro del barrio con los recursos disponibles.

La falta de presencia del Estado y el control de fuerzas de seguridad hizo del barrio un espacio para el narcotrafico y la cocina de droga. Esto asociado al incremento de la violencia y la inseguridad son las problemáticas principales señaladas por los vecinos del barrio.

La cercanía a las aguas contaminadas del riachuelo y la falta de un abordaje efectivo e integral sobre recolección y procesamiento de basura implica complicaciones de gravedad en la salud de sus habitantes. El informe del Gobierno de la Ciudad cita un artículo aparecido en el diario La Nación (4/12/2006), *en base a un trabajo efectuado por científicos del Departamento de Química Biológica de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, un 83,3% de los*

[5] Las villas de la Ciudad de Buenos Aires una historia de promesas incumplidas, inédito.

niños que habitan en la Villa 21-24 está afectado por alguna parasitosis intestinal. El mismo análisis señala que más de la mitad de estos chicos (el 52,7%) está parasitado por más de una especie.

1. **Identificación de la comunidad y de los actores y líderes de opinión.**

Listado de contactos

	Apellido y Nombre	**Entidad/ Organización**	**Rol en la entidad/ organización**
1	Carlos Damián Gómez	Fundación Temas	Mantenimiento / Vecino
2	Gustavo Aldo Autero	Comedor "Maná del Cielo"	Ayudante de cocina / Vecino
3	Marianela Casal	Centro de Salud N ° 35	Psicóloga
4	Rosa Blasco	Centro de Salud N ° 35	Promotora de Salud
5	Nabone Yamila	Defensoría N° 17	Psicóloga
6	Pablo Rivadeneira	colegio secundario de la Parroquia de Caacupé	Operador y Profesor del Secundario. Coordinador del hogar Niños de Belén.
7	Aldo Acosta		Vecino. Albañil
8	Ana María Rodríguez	Parroquia de Caacupé	Vecina. Costurera en la Capilla San Blass. Referente del Hogar de Cristo
9	Otilia Prieto	Jardín N° 12	Auxiliar de Portería. vecina
10	Luis López	Defensoría N° 17	Administrativo
11	Marcelo Mandonal	Casa del Niño y el Adolescente	Psicólogo
12	Leticia Escobar		Vecina
13	Silvia Contreras		Vecina
14	Valeria Gerbacini	PAEBYT	Docente
15	Marcelo Rivas		Zapatero en la vía pública. Vecino
16	Susana Maidana	Estudio Jurídico Luna	Atención al público
17	Roque Salinas		Comerciante. vecino
18	Mariana Kopp	ONG "Vientos Limpios del sur" Junta Vecinal.	Coordinadora Secretaria del Presidente del Barrio
19	Primitiva		Comerciante. Vecina
20	Sabrina Ayala	Carpa interministerial. Ministerio de educación.	Atención al público. Vecina
21	Mercedes Galop	carpa interministerial. Ministerio de trabajo.	
22	Gabriela	carpa interministerial. Ministerio	

	Querido	de trabajo.	
23	María Soledad Paz	Cenareso carpa interministerial	Psiquiatra
24	Silvia Witther	Cenareso Carpa interministerial	trabajadora Social
25	Jorge Torres	Escuela de música "Orilleros". Escuela 12. Hogar Niños de Belén.	Profesor de pintura y Música. Vecino
26	Alberto Muñoz		Comerciante. Vecino
27	Pablo Vidal	Hogar Niños de Belén	Coordinador
28	Juan Isasmendi		
29	Antonio Navarro	Escuela Secundaria Caacupé	Director
30	Lidia Pérez	Comedor Maná del Cielo	Coordinadora
31	Rosalia Bonilla	Hogar Niños de Belén	Ayudante de Cocina
32	Emilia Florentino	Comedor Padre Daniel de la Sierra	Coordinadora

Líderes de opinión

	Apellido y Nombre	**Entidad/ Organización**	**Rol en la entidad/ organización**
1	Padre Charly	Parroquia de Caacupé	Cura
2	Padre Toto	Parroquia de Caacupé	Cura
3	Padre Juan	Parroquia de Caacupé	Cura
4	Lucy	Comedor El Alfarero Centro Comunitario Villa 21-24	Coordinadora
5	Cristian Heredia	Partido político "La Cámpora"	Presidente de la villa
6	Lorena	Junta Vecinal/ Ciac CESAC N° 35	Visepresidenta de la villa
7	Pablo Vidal	Hogar Niños de Belén/ Centro San Alberto Hurtado	Coordinador/ Visedirector
8	Antonio Navarro	Escuela secundaria de Caacupé	Director
9	Paz Ochoteco	Fundación TEMAS	Coordinadora
10	Daniel Rolon	CESAC N° 35	Pediatra
11	Geraldine	CESAC N° 35	Trabajadora Social
12	Leticia Funes	Comedor Amor y Paz	
13	Gustavo Barreiro	Hogar de Cristo	Director
14	"Narcos" Pocho		Venta de droga
15	Otilia Prieto		Delegada de Manzana
16	Lidia Pérez	Comedor Maná del Cielo	Coordinadora
17	Susana Núñez	Comedor La Lecherita	Coordinadora
18	Jorge Torres	Escuela de Música "Orilleros"	Profesor de música
19	Mirta	Comedor "Cambalache"	Coordinadora
20	Antonio	Comedor "Zanahoria y lechuzin" Partido Obrero	Coordinador Militante

En varias oportunidades la comunidad ha expresado definiciones de lo que ellos consideran líderes, refiriendo que "es aquel que genera un lazo por la continuidad en el trabajo", "aquellos que trabajan bien y nuclean a mucha gente", "aquel que trabaja en el barrio y que no habla sino que hace".

Es muy marcado el liderazgo que posee la Parroquia de Caacupé en la Villa 21-24.
Referente de la Parroquia explica que cuando el estado no se hace presente, no hay alguien que ordene, que imponga la ley, entonces la ley la pone otro. Para mucha gente ese otro es la parroquia, que es quien les da el alimento, la educación, el acceso a la justicia y acompaña a las familias, a los ancianos, brindan actividades para los chicos, atienden las problemáticas de drogas. Refiere también, que muchas veces se ve a la Parroquia como mediadora entre el estado y la gente. Y que además la parroquia está abierta atendiendo las necesidades de la gente todos los días las 24 hs.
Desde la Casa del Niño y el Adolescentes, refieren que la parroquia siempre fue un centro muy importante de nucleamiento de la gente y que está muy presente en el barrio.
Uno de los curas de Parroquia de Caacupé, refiere que el gran acierto de la iglesia históricamente, ha sido vivir en el barrio, *"que los curas vivamos la vida de la gente como un vecino más me parece que es la respuesta, la respuesta está ahí, en que vivís, comes en sus casas, compartís su comida, sus cumpleaños, compartís su vida, compartís sus anhelos, sus sufrimientos, compartís un temporal, compartís una catástrofe, compartís una desgracias, compartís una fiesta, compartís todo"*. Le da importancia a la presencia y al modo de estar, no como quien ayuda, sino quien aprende, no como quien enseña sino como quien comparte y no como quien tiene una solución, sino como quien escucha y trata de interpretar ciertos procesos del barrio y ciertas oportunidades para actuar, el hecho de que nosotros hagamos de esta casa nuestra casa. Considera que la Parroquia es un nodo en la red que articula con el resto de las instituciones del barrio. Dice que *"cuando otra institución tiene una situación, una duda sobre algún tema llama acá" que "la parroquia una institución de referencia en la villa*"
Articulan su trabajo por ejemplo con el CESAC N° 8 y 35, con la carpa interministerial; con la subsecretaria de hábitat de inclusión social de la ciudad; con las escuelas de todo el barrio (N° 11, N° 10, N° 12, N°6, CFP9, CGP)

Cristian Heredia es una persona nombrada como líder por la comunidad y a la vez muy cuestionada por su desempeño como presidente de la villa. En la Junta Vecinal nos informan que el presidente de la villa tiene el encargo de responder a las necesidades del barrio.

Vecinos del barrio, argumentan que nunca nadie lo ve, y que no se compromete con la gente ya que no atiende sus necesidades. Que "*es boludo que lo manejan los de la Campora y que no atiende las necesidades del barrio*". Además dicen que "*a los políticos no les importa que la villa progrese, que ellos se enriquecen los bolsillos y han hecho una industria de la pobreza*".

2. **Proyectos actuales en la comunidad**
   Fundaciones, ONGs y asociaciones civiles

- "Tierra Amarilla" Comedor
- "Maná del Cielo" Comedor. Se brindan Capacitaciones y Charlas. Asistencia alimentaria, apoyo escolar, futbol
- "Padre Daniel de la Sierra" Comedor Barrio Tres Rosas. Funciona Apoyo escolar.
- Comedor Madre Teresa. Para personas de la tercera edad. Pasaje Padre Daniel de la Sierra.
- "Ayúdame a Crecer" Comedor. Asistencia alimentaria (almuerzo y merienda), apoyo escolar y computación, autoempleo, centro de alfabetización primario y secundario, panadería, costura y carpintería.
- "Cambalache" Comedor. Asistencia alimentaria, apoyo escolar, alfabetización, talleres, biblioteca popular.
- "Color Esperanza" Comedor
- "Corazón Humilde de la Loma" Comedor
- "Casita Augusto Conte" Comedor.
- "Jorgito" Comedor
- Trencito de Vida Comedor. Apoyo escolar
- Sol y Vida Comedor
- Comedor "Pepe de la Sierra". Comida especial para hipertensos, diabéticos y celíacos. Funciona Apoyo escolar y un PAEBYT. Atención médica y psicológica gratuita de niños y adolescentes. Ministerio de la Nación. Apoyo escolar.
- Asociación Vidas
- Amor y Paz. Comedor. Circo, asistencia alimentaria, murga, apoyo escolar, juegoteca, boxeo, alfabetización, biblioteca, asistencia odontológica
- Virgen de Itatí Comedor
- Los Changuitos Comedor. Microemprendimientos.
- Zanahoria y Lechuguín Comedor. Asistencia Alimentaria: Lunes a Viernes 15.45hs. merienda y 18hs. cena
- CEMAI Centro de Primera Infancia.
- Centro de Primera Infancia "Pulgarcito". Osvaldo Cruz 2101. De 45 días a 4 años.
- La Lecherita. Asistencia alimentaria, violencia, empleo joven (pintura y albañilería), proyecto autoempleo, gestión jubilados, apoyo escolar.

- Eustaquio. Escuela de música. También cuentan con un grupo de adolescentes mujeres donde trabajan temáticas en relación a la sexualidad, violencia de género.
- Acceso a la Justica. Orientación y derivación frente a diversas problemáticas, tanto jurídicas como sociales.
- Vientos Limpios del Sur. ONG
- Fundación Uniendo Caminos. Acompañan a jóvenes de bajos recursos económicos para que terminen la escuela secundaria y puedan seguir construyendo sus proyectos personales.
- Asociación Fraternidad del Sur Organización cultural. Es un espacio cultural de arte y audiovisuales. Calle Lavarden
- Asociación Mutual Flor de Ceibo Unión Vecinal
- Circo Social del Sur Organización cultural. Comunitarios de Arte, Formación Avanzada de Arte Circense y Formación de Formadores de Circo Social- fomentamos espacios de educación a través del arte, el juego y la comunicación.
- Fundación Cuidad - Guardianes del Riachuelo Tiene por objetivo mejorar las condiciones ambientales, sanitarias y paisajísticas de la ribera del Riachuelo, mediante la capacitación de líderes comunitarios y la construcción y consolidación de redes locales.
- Fundación T.E.M.A.S. Centro comunitario que elabora e implementa programas apuntados a la inclusión social. Programas: escuela de boxeo para jóvenes, programa de fortalecimiento educativo, programa de salud bucal, programa "queremos leer"
- Parroquia Ntra. Sra. de Caacupé. Iglesia. Actividades:
    - ✓ Hogar Niños de Belén. Capilla San Blass. Depende de la Parroquia de Caacupé. Centro de día para gente en situación de calle y en consumo.
    - ✓ Hogar de Cristo. Centro Hurtado. Depende de la parroquia de Caacupé. Centro de día para persona en consumo de sustancias psicoactivas.
    - ✓ Grupo de alcohólicos anónimos. Autoayuda y retiros
    - ✓ Hogar de Abuelos Madre Teresa.
    - ✓ Hogar de abuelos Virgen de Itatí
    - ✓ Hogar de día Niños de Jesús. Apoyo Escolar
    - ✓ Casa de adolescentes varones San José
    - ✓ Casa de adolescentes mujeres Santa maría.
    - ✓ 8 comedores. De lunes a sábados.
    - ✓ 12 capillas y32 Ermitas distribuidas en el barrio
    - ✓ Casa de Acción Social de la Parroquia de Caacupé. Asisten a familias del barrio. Entrega de mercadería.
    - ✓ Exploradores y murga para los jóvenes.
    - ✓ Centro "Cándida" Centro de día para la tercera edad Pasaje Padre Daniel de la Sierra
- Caacupé ONG Su trabajo está enfocado en la educación y en brindar herramientas que permitan una mejor inserción social. Apoyo escolar . Trabajo con bebes de bajo peso en la Capilla San Blas los días viernes.
- Fundación Convivir – Prevención y Asistencia de las Adicciones y Problemáticas Asociadas. -----Centro de Primera Infancia Pulgarcito (a donde asisten 140 niños y niñas residentes de la villa de 8 a 16 de lunes a viernes. Su objetivo es la inclusión educativa y estimulación temprana.

  Casa Santa Clara – Centro de Día para la orientación y contención de jóvenes adolescentes mujeres entre 12-18 años residentes de la villa.

Instituciones gubernamentales o dependientes del gobierno de la ciudad y nacional

- Carpa interministerial del Gobierno Nacional, donde se encuentra trabajando, Cenareso, Ministerio de Seguridad, Ministerio de trabajo, Ministerio de Justicia, Ministerio de desarrollo, Dirección Nacional de readaptación social y Subsecretaria de Defensa del Consumidor.
- Anses. Calle Iriarte y Montesquie
- Fortalecimiento de Vínculos. Gobierno de La Ciudad. Lavarden y Montesquiu. Polo educativo. Es un dispositivo familiar-territorial que se implementa tanto con la familia como con las redes inter-institucionales del ámbito barrial. El dispositivo institucional-familiar-territorial busca elaborar estrategias de manera conjunta con los demás actores del círculo social de los adolescentes para facilitar la reinserción y/o permanencia dentro del ámbito familiar y barrial. Su misión es prevenir y dar respuestas efectivas a las situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.
- Casa del Niño y el Adolescente. Gobierno de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su objetivo es crear espacios significativos para niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo el ejercicio y la promoción de sus derechos. Brindar diferentes modalidades de talleres y proyectos participativos para niños, niñas y adolescentes en contra turno escolar. Gestionar la inclusión de los niños, niñas y adolescentes en las políticas sociales básicas. Niños y niñas de 5 a 12 años en Casa del Niño-Adolescentes de 13 a 21 años en Casa del Adolescente.
- Defensoría N° 17.Gobierno de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires. . Iriarte y Montesquiu, Polo Educativo Brindan servicios de protección y promoción de derechos y se ocupan de dar una respuesta cuando los derechos de niños, niñas y adolescentes no son respetados, o cuando es necesario remover obstáculos que impiden el pleno ejercicio de los mismos.
- Centro de Salud N°8 Osvaldo Cruz y Luna / Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires
- Centro de Salud N°35 Osvaldo Cruz y Zavaleta Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.
- Junta Vecinal M14 C 134. Atienden las necesidades del barrio, con un presidente electo.
- Comisaría N° 32.
- Subsecretaria de hábitat de inclusión social. Gobierno de la Ciudad. Patio de juegos inclusivos Osvaldo Cruz y Zavaleta
- UGIS Unidad de Gestión e Intervención Social.
- AGT Asesoría General Tutelar. Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su misión principal es promover la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes y de las personas afectadas en su salud mental.
- Programa "Andares" Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires trabaja con temas de explotación sexual y trata.
- Centro Profesional Nº 9. Lavarden y Montesquiu. Polo Educativo.
- Escuela Secundaria de la Parroquia de Caacupé. Calle Santo Domingo.
- Escuela secundaria N° 12 Iriarte y Montesquiu. Polo Educativo

- Escuela primaria N°6. Iriarte y Montesquiu. Polo Educativo.
- Jardín de infantes de la escuela N° 6. Iriarte y Montesquiu. Polo educativo.
- Escuela Nº 11 Calle Lafayette y Luján
- Escuela Joaquín V. González.
- El Alfarero Comedor. Centro comunitario. Centro de Primera Infancia. Apoyo escolar;
- PAEBYT Programa de Alfabetización, Educación básica y Trabajo. Para mayores de 14 años de edad que no hayan terminado sus estudios primarios.
- Ministerio del interior.

En el último año se ha observado un marcado incremento de recursos en el barrio, tanto estatales como de asociaciones civiles.

Se observa gran cantidad de programas dirigidos a niños y adolescentes, y de asistencia alimentaria. Son notables los numerosos programas de apoyo escolar y programas para finalizar los estudios que hay en el barrio. Aún así, hay un gran porcentaje de jóvenes no escolarizados y alumnos repitentes.

Siendo el consumo la principal problemática referida por los vecinos, son muy pocos los programas con actividades relacionadas con la prevención y el tratamiento de adicciones.

Según lo que expresan diversas instituciones en la villa hay muchos proyectos con intervenciones a corto plazo y no hay un seguimiento.

Refieren que siempre hay temas urgentes que imposibilitan el seguimiento familiar a largo plazo. Así mismo, manifiestan que hay mucha demanda y poco personal, siendo está también una causa por la que no se puede hacer un seguimiento y acompañamiento profundo.

Éxitos y fracasos / Buenas prácticas

La mayoría de las testimonios se muestran optimistas sobre las posibilidades de la intervecion, muchos de ellos conocen a Fundacion Convivir de intervenciones previas dentro y fuera de la villa.

Los vecinos del barrio creen que si se capacitara a la gente sobre las problemáticas del barrio sería muy bueno. *"Es como estar preparados para la guerra y tener conocimientos y no hacer como pasó con las Malvinas" "Si la gente de la villa solo sabe cosechar y sembrar que van a hacer… levantan una chapa y se sientan a tomar mate" "Si les das una herramienta la gente va a poder cambiar".*

Refieren que no hace falta capacitar a gente que está trabajando en la villa, que *"la capacitación de esas personas está en el aprendizaje del vínculo día a día con las personas que les toca ayudar."* Dicen que sería bueno que se capacitara a la gente sobre las diferentes problemáticas del barrio ya que no saben mucho y sobre todo no saben que recursos existen funcionando en el barrio.

Psicóloga del CESAC N° 35 refiere haber participado de una capacitación de la fundación Convivir y que sería bueno que algo similar se realizara en la villa para trabajar la deconstrucción de mitos y creencias en relación a las drogas y empezar a trabajar desde la responsabilidad de cada actor: vecino, padre, familia, iglesia, operador de calle.

Psicóloga de la Defensoría N° 17 dice que siempre que se brinde información sobre estas problemáticas va a servir. Y manifiesta como algo fundamental que se trabaje con el chico y su familia, y que sería bueno que se trabaje desde el "*género de mujer"*

Preceptor de la Escuela de Caacupé manifiesta que es bueno capacitar a la gente pero que hay que ver sobre qué y cómo. Que hay mucha gente que por vivir en la villa se piensa que ya sabe todo.

El administrativo de la Defensoría N° 17 dice que los programas le da una solución a la gente en vez de enseñarles a hacer por ellas mismas; y que por esta razón sería bueno que se las empiece a capacitar. *"Hay que mostrarle a la gente de la villa que puede aspirar a algo mejor".*

Psicólogo de la Casa del Niño y del Adolescente dice que todo lo que sea capacitación de la gente es una forma de educación. Que se tiene que capacitar a líderes que puedan generar confianza entre la gente del barrio.

Desde algunos comedores han manifestado que *"funcionan si la gente se junta y va. Mucha gente va más a donde hay comida. El problema es juntar a la gente porque nadie quiere participar." Que* es importante salir a buscar a los chicos, eso es, no se puede esperar y nada más.refiere que le gustaría estudiar y y capacitares, que eso le daría amplitud para un mejor servicio creo que va a dar más herramientas.

Dos testimonios senalan otra direccion y se muestras mas escépticos sobre las posibilidades y pronóstico de la intervención: Gustavo Autero el problema no se soluciona capacitando a la gente sino sacando a los tranzas.

Vecina piensa que si a través de charlas se capacitara a los vecinos sobre el tema de la basura no sería efectivo. Dice que el problema es que hay mucha gente y que genera mucha basura. Que la gente tira su basura en bolsas, pero se acumula en el container. Cuenta que se le paga algunos chicos para que lleven la basura desde las casas al container.

Historia de la comunidad:

La mayoria de los actores entrevistados concuerdan en que el nacimiento del barrio se da en la decada del setenta (*"se arma despues de la dictadura, antes esto estaba todo vacio"* Lidia Perez) sobre terrenos aleda;os al ferrocarril y un aserradero abandonado. Se direncia la zona historica, donde inicia el asentamiento, del crecimiento exponencial que siguio en los anos posteriors (padre juan: "*Toda esta parte que vos ves cuando llegas al "una" y toda esta parte, es lo que nosotros llamamos el casco histórico de la villa, es como la parte más antigua, la parte de siempre, después se fue abriendo, antes la zona de allá estaba una laguna grande que los pibes van a jugar, donde ahora esta San Blas, toda esa zona era una laguna, después allá era una quema grande y después era un monte grande, los pibes iban a hacer actividades, todo…,después se fue todo ocupando, pero en realidad al principio era esta parte."*). entre los motivos que explican el asentamiento se indica la llegada de paraguayos quienes atravesaban un periodo dictatorial donde no habia oportunidades laborales y las condiciones de vida eran adversas, los vecinos llegan buscando major trabajo, viviendo, educacion y salud. Tambien llegan pobladores desde el interior del pais a trabajar en la capital y se asientan en el barrio.

En cuanto a la urbanización también aparecen delimitados distintos periodos, primero y mas precariamente cuando se lo designa durante el gobierno de facto de Ongania que en 1966 promulgo el Plan de Erradicacion de Villas de Emergencia. El NHT Zavaleta es considerado en ese marco un barrio de transito hasta la entrega de viviendas definitivas con cuya construccion nunca se avanzo y los asentamientos se tornaron permanentes. Continuo el crecimiento del barrio hasta el Proceso de Reorganizacion Nacional donde se efecturaon desalojos violentos a los que solo resistieron un centenar de familias (Roque Salinas senala *Que él vivió en la villa cuando había mucho descampado y pocas casas. Que hay poco gente que haya vivido tanto tiempo en la villa ya que en la época de la dictadura se llevaron a mucha gente y les destruyeron sus casas.*). una vecina recuerda que hasta los años 90 la mayoría de las casas era precaria porque por ley no se permitía construir con materiales ("*Estoy acá desde hace treinta años, antes había miseria, precariedad en las casas porque la municipalidad no permitía construir casas de material con material pudimos urbanizar, acá el 90 por ciento somos trabajadores y familias. El cura del momento puso dinero de su bolsillo para empezar la urbanización. Cada uno tenía que proveer los materiales y por el terreno cada uno pagaba 450 pesos del uno a uno. Aparte ponías los materiales. Hicieron el barrio flor de ceibo. Otros vecinos no creían y no quería pagar. Es una mafia eso a muchos no les llegaban los materiales*".). desde esa decada el crecimiento de la villa es exponencial y ho yes considerada segun los censos y proyecciones del gobierno de la ciudad como una de las mas antiguas y

la mas poblada de la capital (Datos jurídico/ dominial: El dominio de las tierras fue transferido a la Mutual Flor de Ceibo por Decreto PEN 1001/90, contando en aquel momento con tierras libres para su urbanización.; Población: Proyección de datos realizada en el marco del Diagnóstico Institucional **45285 personas**, **11321 grupos familiares**, considerándose a tal efecto la tasa de crecimiento de la Villa 20 sobre el dato poblacional de 2002.)

La percepción de los vecinos en cuanto a las condiciones de vida a lo largo de la historia coincide en su mayoria con una mayor conflictividad y la aparicion de graves problematicas derivadas de la marginalidad y la produccion y venta de drogas dentro del barrio que inciden en la mayor inseguridad. Hay vecinos que creen que la inseguridad en el barrio mejoro con la mayor presencia policial (Otilia Prieto dice que *llego de Paraguay hace 20 años. Cuenta que en aquel entonces era "un poquito jodido el barrio". Dice que ahora hay menos robos, que antes si salías a la esquina a esperar el colectivo ya te robaban*.).
En cuanto a la composición de la población del barrio los vecinos, si bien señalan que la mayoría sigue siendo de origen o descendencia paraguaya, hubo en los últimos años una gran afluencia de bolivianos, ecuatorianos y dominicanos a la villa.

Elementos sociológicos, etnográficos y antropológicos

La población migrante, con mayoría paraguaya, pero también boliviana, peruana, y últimamente de ecuador y centroamérica produce un contexto de convivencia de costumbre y tradiciones que se plasman en los festejos principales del barrio.
Desde el comienzo es un espacio de asentamiento para población paraguaya que llegó a la Argentina, primero, durante la dictadura de Stroessner en búsqueda de mejores oportunidades laborales y un sistema de salud y educativo que denuncian como ausente en su país. Las oleadas migratorias recientes señalan la búsqueda de mejores perpectuvas de crecimiento y trabajo sumado a que es un destino donde son recibidos por la comunidad paraguaya asentada anteriormente, varios vecinos refieren haber llegado por invitacion y facilitado por paraguayos instalados anteriormente.
Los vecinos señalan las dificultades para salir del barrio y utilizar servicios y espacios en la ciudad. La vida aparece resuelta en o mediante las instituciones del barrio: aparece la función de la iglesia o la junta vecinal como mediadora y habilitadora para resolver problemas habitacionales o personales.

Dentro del territorio de la villa, en continuidad geográfica, hay otros barrios, divididos por las vías del tres, como en el caso de Zavaleta con los cuales hay riñás y enfrentamiento entre los jóvenes, disputas por localización y distribución de servicios.

Identificación de los temas de interés / preocupación (espontáneos)

El principal problema del barrio, reconocido por todos los actores entrevistados y senalado por los medios gráficos consultados es el de la **venta y consumo de drogas**. Es una situación que afecta a muchas familias del barrio y es asociado a problemas de inseguridad, delicuencia y muerte en los jovenes. Vecino y referente barrial comenta que antes era más tranquilo, había menos droga, había heroína o se inyectaban cocaína pero que era poca la gente que lo hacía. En los años 90´, en la época de Menem, se empezó a violentar la gente, había mucho consumo de "merca", tiroteos y todos pertenecían a una banda ("ataque 101", "el asfalto"), y estaban "enfierrados". Y en el 2001 el paco ya estaba adentro de la villa y se perdieron ciertos códigos, citando como ejemplo que se tuvo que poner rejas en las casas. Senalan tambien la connivencia de las fuerzas de seguridad, la venta de drogas y el narcotrafico, convivir con los tranzas como forma de sobrevivir, "sin meterse". Vecino, dice que a veces se siente *"un boludo" por hacer las cosas bien y trabajar dignamente*", refiere que en la villa la gente que vende droga progresa económicamente, que tienen buenos autos, que sus hijos tienen las mejores zapatillas. Que antes el tenía un pool en el barrio y que oficiales de la comisaria N° 32 le ofrecieron vender droga en su negocio ya que querían que en la villa comandara un narco que sea argentino. Él se negó a realizar ese trabajo ya que, según refiere, va en contra de sus dignos valores. Una señora que se encontraba comprando en su negocio durante la entrevista manifiesta que a ella también le ofrecieron

Vecina asocia el negocio de las drogas a la proliferacion y disponibilidad de armas en el barrio que es otro de sus problemas principales.

Psicólogo de la Casa del Niño y el Adolescente, observa un incrementado en el consumo de drogas, sobre todo en el consumo de paco. Observa que trae terribles consecuencias en la dinámica familiar y más allá de los diferentes recursos que se brindan es muy dificultoso salir de este consumo. Refiere, al igual que otros vecinos, que el consumo de marihuana ha pasado a ser una cuestión cultural como era antes el tabaco en los adolescentes. Que el problema es que no es un consumo recreativo y muchos quedan "pegados", porque las drogas vienen a ocupar un vacío afectivo o espacio de actividades.

Vecina tambien incluye el consumo de alcohol entre los problemas del barrio, recuerda tambien el abuso y alcoholismo como muy difundidos en Peru, su pais de origen al igual que en otros paises limitrofes con mucha presencia inmigratoria en el barrio.

La **inseguridad** es vivida como una consecuencia, ligada a los jovenes consumidores. Se los refiere como bandas identificadas en distintas esquinas y mcuhas veces poseen armas facilitadas por los vendedores de droga.

Vecina refiere que entre las bandas "*se cruzan, se miran, se tienen bronca y ya se arma quilombo*". Dice que se tienen bronca los de la villa 21 con los de Zavaleta y los del fondo (Tres Rosas) con los de la villa. Los de Zavaleta "se ponen locos entran con las motos a la villa, matan a pibes y se van". Cuenta que entre ellos si no mataste a alguien "no sos nadie"

La violencia e inseguridad aparece tambien desde el lado de las fuerzas de seguridad. Encargada de comedor habla de la violencia de la policía *("yo siempre me meto cuando los veo porque a los chicos los matan a palos"). "Hace poco vi como prefectura y la policía ferroviaria levantaba a un chicos atrás del tren y les pegaban, "porque te metes?" Me decían cuando les dije que pararan y siguieron"*

Psicóloga del CESAC N° 35 refiere que en el barrio hay mucha violencia. "*Acá mure mucha gente joven todo el tiempo peleas entre bandas, cuestiones territoriales en el barrio, o salen a robar y terminar muertos, tiroteos con la policía".* Varias personas acuerdan que la villa actualmente está más tranquila gracias a gendarmería y la policía. Que se producen situaciones de violencia entre bandas del barrio pero que el problema es solo entre ellos y no se involucra en esta temática a la demás gente del barrio.

En segundo plano aparecen las problematicas **habitacionales**: la vivienda y los servicios de tendido electrico (cortes de luz frecuentes), inundaciones, hacinamiento, cloacas y baja presion del agua. Tambien refieren una estafa sistematica en relacion a las lineas telefonicas y el servicio (adjudican un numero, despues lo quitan peros iguen cobrando, denuncia una vecina).

En relación a las problemáticas habitacionales aparece la **basura** sin lugar donde ubicarlas y sin servicio de recoleccion ni cultura vecinal para organizar y resolver el problema, esto lleva a descartarlo en lugares comunes donde se forman basureros improvisados. La cercania del riachuelo tambien influye en cuanto a la contaminacion. Desde el olor, a las aguas de las napas y las enfermedades que generan en los vecinos que viven mas cerca del agua.

El camino de cirsa es abordado por los vecinos en reuniones interministeriales en la carpa miercoles por medio. Vecina indica que los vecinos hacen reclamos al estado por la basura y se logro que se empiecen a llevar la basura en contenedores. Pero la basura que queda se derrama por los perros que rompen las bolsas y la gente que revisa la basura porque le sirve.

Tres actores mencionaron tambien la **violencia de género** aparece como otro problema, señalando que es producto de una herencia cultural (el maltrato y el lugar de la mujer en el hogar y la pareja) que se arrastra de generación en generación. Por otro lado, un vecino refiere que hay denuncias falsas por parte de las mujeres a partir del interes y la respuesta de la justicia sobre este tema.

En cuanto al acceso a la salud el Coordinador del Centro San Alberto Hurtado habla de sectores excluidos. Dice que los centros de salud del barrio brindan un servicio muy acotado, de lunes a viernes hasta las 17 hs. *"En casos de urgencia por fuera de esos días y horarios la gente tiene que recurrir al Hospital Penna o la ambulancia del SAME que tarda mucho en llegar."* Cita el ejemplo de cuando se murió "el Pelado": desde la salita llamaron a la ambulancia con código rojo y tardo media hora en llegar.

Psicóloga del CESAC N° 35 también habla del abandono del Estado.

Preceptor de la escuela de la Parroquia de Caacupé amplia sobre la falta de oportunidades en relación a la educación y seguridad. Cita como ejemplo que *"si se lastima alguien en la villa la ambulancia puede no llegar."*

En esta dirección tambien se menciona la falta de vacantes escolares. Desde la Defensoría N° 17 dicen que las escuelas de la zona no pueden dar vacante a todos los chicos del barrio, hay unos micros que llevan a los chicos a escuelas cercanas. En contraposición, desde la Casa del Niño y el Adolescente observan mejoras en la incorporación de los jóvenes a la escuela secundaria.

Estrategias y elementos de anclaje y objetivación

Dentro del barrio el consumo de marihuana está naturalizado y no se cuestiona en la calle o los espacios públicos, tampoco el de alcohol. El uso de ¨pastillas¨(medicación psiquiátrica mezclada con alcohol) es una práctica habitual entre los jóvenes al igual que la cocaína (älita¨). Muchas familias buscan ayuda profesional y asesoramiento sobre el abordaje de estos consumos. Pero con la pasta base, aparece identificado un grupo como Cirujas, consumidores adictos que viven en situación del calle, de la basura y el raterismo, quedan

por fuera de la comunidad, muchas veces se trata de consumidores que vienen de otros barrios o zonas, se les paga monedas por encargarse de la basura de las casas, la llevan hasta los containers. Entre las mujeres se suma la cuestión de la prostitución para conseguir droga, asociada a las enfermedades de trasmisión sexual.

Tambien aparece la representación del peligro de las bandas de jóvenes reunidos en las esquinas del barrio, identificados con los gauchitos giles, juntandose en las ermitas del barrio. Muchas veces armados y asociados a los tranzas y al consumo de drogas y el delito.

Mitos y formas rituales.

Celebraciones

La mayoría de las celebraciones que se reconocen y en las que el barrio entero participa son religiosas, en especial las ligadas a la Virgen de Caacupé y San Blas, también el Padre Daniel de la Sierra. Habitualmente están organizadas desde la parroquia y expresan la cultura original de las comunidades (música, comida, bebida) incluso en las fiestas menos populares de las minorías (bolivianas, peruanas). (Cura de la Parroquia de Caacupé explica: *"Acá nosotros, en este sentido, las fiestas más grandes del barrio las organiza la iglesia, me parece, sin querer con el paso de los años y con la enorme disciplina que le hemos dado a las fiestas, durante seis años que hacemos la misma fiesta, la misma fecha y es una tradición de antes, que tendrá cinco años atrás, así que son casi diez años, y eso le da mucha fuerza. Tenés primero la fiesta grande del ocho de diciembre que es histórica, que es cuando la virgen recorre toda la villa, que desde la mañana a la noche es una fiesta enorme; después de esa fiesta tenés en orden de prioridades, más o menos: la fiesta de San Juan, es una fiesta muy popular, y con esa con todos los juegos del fuego y con toda esa mística, y caminan por las brasas, toda esa cosa. Y esa la capitalizamos mucho nosotros y le incorporamos todas las tradiciones culturales que tienen y hacemos un montón de cosas, cosas para los chicos, una mezcla. Después tenés las fiesta de San Blas, que es el patrono del Paraguay, en febrero; y después tenés en agosto la fiesta del cumpleaños de la virgen, que recordamos cuando la virgen vino del Paraguay para acá; el último fin de semana de agosto que hacemos la maratón infantil, y hacemos la asamblea parroquial, todo eso.*

Después tenemos una fiesta más chica, la fiesta del padre Daniel de la Sierra, que es en octubre. El patrono de los derecho humanos, le decimos nosotros; entregamos los premios padre Daniel de la sierra a distinta entidades de afuera, de adentro, a distintas personas que son solidarios en el año. La fiesta que más nuclea es la del ocho. La dos grandes fiestas son esas: las dos de la virgen que son muy grandes y la de San Juan, por ahí las otras son un poco más chicas. Pero esas fiestas nuclean mucha gente, digamos, tienen mucha densidad".)

Los vecinos marcan también la presencia del gobierno acompañando de forma muy secundaria los festejos religiosos.

Mitos

Entre los mitos compartidos aparecen numerosos ejemplos sobre la salud y la cura de enfermedades que muchos vecinos no van a los centros de salud ni los hospitales de la zona: la idea de que el beber leche cura la tuberculosis porque ayuda a los pulmones; cuando los bebes se enferman hay vecinos que se acercan a la parroquia a buscar una media de algún cura para ponérsela en la cabeza con la creencia de que esto los curaría; aparecen numerosas creencias y prácticas erróneas sobre la anticoncepción que llevan a embarazos no deseados y contagio de enfermedades de transmisión sexual especialmente entre los adolescentes que se inician en la sexualidad.

Identificación y descripción de los conflictos

Dentro de la villa se desarrolla una vida cotidiana con sus propias intituciones y espacios, tambien códigos y modos. Esto produce en muchos de los jovenes la dificultad para ¨salir del barrio. Fuera de la villa, señalan sentirse marginados, muchos de ellos sin documentos de identidad (por lo cual no reciben atencion en los hospitales publicos lindantes) y senalados como pibes chorros prefieren quedarse en el barrio y evitan la salida y el uso de los servicios que quedan fuera de los limites del barrio. Entrevistan señalan que el estado y distintos organismos con presencia alli tampoco propician la salida y buscan resolver las dificultades dentro de los limites de la 21-24.

Dentro de la villa hay distintos espacios, que pese a su continuidad geografica, estan identificados como barrios distintos: Tres Rosas, Barrio Nuevo, Pavimento Alegre, Loma Alegre, Tierra Amarilla, El Asfalto, en cada uno de ellos hay grupos de adolescentes que los vecinos identifican como problematicos. Cobran ¨peaje¨ para pasar, generan disturbios a causa del consumo que es en la calle, y a esto se suma el estar armados muchos de ellos. El conflicto entre bandas es la preocupacion principal señalada por los entrevistados y en especial con las bandas de la villa de Zavaleta, villa lindante a la 21-24. Entre los jovenes que pertenecen a estos grupos existe la practica de, cada 31 de diciembre, enfrentarse a tiros. Habitualmente los grupos del barrio de Zavaleta entran por la avenida Osvaldo Cruz en motos y se tirotean con los ¨pibes del mastil¨que los esperan junto a la parroquia de Caacupe.

La gran población inmigrante proveniente de Paraguay es en ocasiones señalada como culpable de la venta y cocinas de droga en la 21-24. Por otro lado es una comunidad que se adaptó y adaptó las costumbres a las del barrio (ver apartado de mitos y costumbres). Un vecino señala que los paraguayos tratan mal a los argentinos, que les dicen "kurupi", una palabra guaraní que significa algo así como un chancho feo.

La implementación del Tratamiento de Base Comunitaria en la Villa 21/24 de Barracas (Buenos Aires, Argentina) busca:

- Generar acciones que ofrezcan confianza y permanencia en la comunidad.
- Crear un dispositivo en la comunidad dentro del marco del modelo ECO2.
- Dar respuesta a una problemática compleja, generalmente aborda desde perspectivas reduccionistas.
- Fortalecer la articulación del estado con las Organizaciones de la Sociedad Civil.

Temas generadores

Ausencia de Proyecto de Vida

Abandono de la escuela

Riesgo de consumo de SPA

Trata de personas

c. Las estructuras del Tratamiento comunitario

¿Dónde acontece el tratamiento comunitario? ¿Cuáles son los lugares o las estructuras del tratamiento comunitario? El tratamiento comunitario busca lograr el nivel de acceso más alto posible y por consecuencia busca caracterizarse por el umbral de acceso más bajo posible. El tratamiento comunitario tiene sus lugares específicos, esto no significa que no se integre en la red de recursos comunitarios no formales y formales: hay otros actores trabajando, otras instituciones todos enmarcados en una coherente política publica.

LOS TERRITORIOS COMUNITARIOS

Los parques, las esquinas de las calles, las calles, los lugares de deporte son lugares de encuentro y participación comunitaria, son lugares de todos (en este sentido son públicos). Estos lugares son el primer recurso del tratamiento comunitario: allí acontecen los primeros contactos, allí se dan acciones de prevención/organización, de asistencia básica y reducción del daño, de educación, de cura médica y psicológica y de capacitación para el trabajo. Son el lugar principal porque es de todos, porque allí está la "gente" y allí se puede encontrarla.

LOS SERVICIOS "NATURALES".

Los bares, los restaurantes, los distribuidores de gasolina, los comercios establecidos formales y no formales son de hecho "servicios básicos en y de la comunidad", existen para responder a necesidades comunitarias. Cada uno de estos servicios puede ser un actor en la red de recursos comunitarios implementando acciones o procesos incluidos en el tratamiento comunitario: prevención universal, selectiva e indicada, información, derivaciones, inserción en el trabajo etc. Cada uno de estos servicios tiene su estrategia de arraigo en el territorio y de gestión de las relaciones con sus "clientes"

LOS RECURSOS DE LOS ACTORES PRIVADOS

Casas de los habitantes de la comunidad, lugares en los cuales la gente puede reunirse, trabajar, lugares en los cuales habitantes que lo necesitan pueden encontrar servicios de higiene, comida, albergue etc. Las formas de participación de la comunidad son infinitas.

CENTROS DE BAJO UMBRAL Y BAJA COMPLEJIDAD

Los centros de escucha comunitarios y los drop in centre son dos formas de servicios/lugares de umbral y complejidad muy bajo. Son al mismo tiempo lugares de encuentro y de servicios (alimentación, higiene, seguridad, vida de grupo, construcción de redes, salud, educación etc.). Entre sus característica se encuentran la proximidad respecto a las personas que lo necesitan, la baja estructuración de sus actividades y el acceso libre: sin horarios (a parte aquellos de apertura y clausura, no se necesitan citas etc.)

CENTROS DE BAJO UMBRAL Y MEDIA COMPLEJIDAD

Se encuentran en este grupo servicios con un cierto nivel de complejidad (equipos con figuras profesionales diferentes) que permiten por ejemplo administración de tratamientos substitutos, auxilio médico de primera necesidad, atención profesional a crisis psicológicas o relacionales etc. El nivel de complejidad puede crecer hasta no tener conflictos con la necesidad del umbral de acceso más bajo posible.

CENTROS DE BAJO UMBRAL Y ALTA COMPLEJIDAD.

Son lugares/servicios en los cuales el nivel de organización de las actividades es muy estructurado y las personas que desean participar tienen que respetarlo (la participación sin embargo no es obligatoria). Se encuentran allí equipos con figuras profesionales diferentes, con horarios de trabajo, reglas de participación y exclusión etc. (una comunidad educativa de día).

d. Aspectos metodológicos

Hoja de primer contacto (Anexo 1) es el instrumento que se utiliza cuando hay una demanda y un proceso de respuesta a la misma. Es decir, la construcción de una relación entre un operador y una persona que presenta una petición, y a partir de este momento se genera un reconocimiento reciproco. El objetivo que persigue este primer contacto es el de crear una relación/iniciar un proceso de construcción de red. Para ello, se utilizan dos instrumentos: la hoja de primer contacto y el diario clínico.

El uso de la HPC permite:

- ✓ Brevedad en su compilación (requiere de poco tiempo)
- ✓ Brevedad en el entrenamiento
- ✓ Puede ser utilizado por todos los miembros del equipo incluyendo pares sin ninguna formación profesional específica
- ✓ Es compatible y congruente con abordajes de bajo umbral (no necesita de un setting formal (entrevista estructurada o semiestructurada en un lugar protegido de interferencias para la recolección de la información)
- ✓ Es compatible con otros instrumentos (ASI, VESPA).

Asimismo, este instrumento tiene grandes ventajas para el equipo de trabajo: incentiva la participación e interconexión entre todo el equipo, orienta el trabajo de cada día y corre al equipo de la posición intuitiva a una posición basada en evidencias, incentiva la comunicación entre los miembros del equipo, realiza un diagnóstico grupal, acompaña al trabajo de coordinación, permite sistematizar la experiencia, evalúa resultados, procesos e impactos.

El cuestionario de evaluación del tratamiento comunitario busca codificar, ponderar y evaluar el cambio en las conductas/contextos/prácticas de riesgo. Lo que permite analizar y entender cuál es el resultado de las acciones de tratamiento (relación entre variable dependiente e variable independiente).

Se trata de un estudio transversal con la aplicación de metodologías cuantitativas y cualitativas de recolección de datos, realizado durante el año 2014. La metodología cuantitativa se utilizó para recoger y sistematizar información sobre 20 jóvenes entre 6 y 18 años, que asisten a un dispositivo de bajo umbral en la Villa 21/24 del barrio de Barracas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se estableció como requisito de inclusión que hayan cumplido al menos 6 meses de asistencia al dispositivo y hayan participado de la aplicación del "tratamiento comunitario" con todos los componentes de este proceso.

El instrumento utilizado fue el "cuestionario de evaluación del Tratamiento Comunitario" (CBT) (Milanese, 2013). Compuesto por *variables independientes*: servicios, procesos, actividades y herramientas (acciones de asistencia, educación formal y no formal, las canalizaciones y derivaciones realizadas, el desarrollo del tratamiento comunitario). Y *variables dependientes*: contextos, prácticas o comportamientos y actitudes (droga, trabajo, vida sexual, seguridad personal, vida del grupo, salud, familia, consumos, legalidad, vivienda, higiene, alimentación, situación psicológica). Este instrumento está dirigido para ser completado exclusivamente por los operadores de los equipos o de las redes operativas, es decir, el cuestionario se responde de manera grupal entre todos los miembros del equipo luego de que la persona haya participado por los menos 6 meses en este proceso. La información que registran procede de la "Hoja del Primer Contacto" (HPC), del "Seguimiento de procesos individuales en comunidades locales" (SPICl) y del "Diario de Clínico". Lo que no se encuentra registrado en esos documentos no puede ser utilizado

para contestar a los ítems del cuestionario de evaluación.

Los administradores de las encuestas fueron los miembros del equipo del dispositivo de bajo umbral, quienes en forma grupal y por consensos fueron completando las variables del instrumento entre octubre y diciembre de 2014. En total se registraron 20 casos.

e. Resultados

Evaluación de la HPC (ver anexo 1)

Cuadro 1: Hora del primer contacto

	Frecuencia	Porcentaje
Desde las 8:01 a las 11:00	15	32,6
Desde las 11:01 a las 14:00	16	34,8
Desde las 14:01 a las 17:00	12	26,1
Sin información	3	6,5
Total	46	100

Cuadro 2: Forma de establecimiento del Primer Contacto

	Frecuencia	Porcentaje
En la estructura de la Organización	27	58,7
En la Calle	2	4,3
En la casa de la Persona	5	10,9
En Otras Instituciones	12	26,1
Total	46	100

Cuadro 3: Edad

	Frecuencia	Porcentaje
10	1	3
12	2	9,1
13	3	18,2
14	3	27,3
15	2	33,3
16	5	48,5
19	2	54,5
27	2	60,6
30	7	81,8
34	1	84,8
37	2	90,9

38	2	97
39	1	100
Total	33	
Sistema	13	
Total	46	

Cuadro 4: Sexo

	Frecuencia	Porcentaje válido
Masculino	7	15,9
Femenino	39	84,1
Total	46	100

Cuadro 5: Tipología de la fuente

	Frecuencia	Porcentaje
Una Persona/Individual	24	52,2
Una Organización, grupo, institución	19	41,3
Otro	1	2,2
Sin información	2	4,3
Total	46	100

Cuadro 6: Como la fuente supo de la organización

	Frecuencia	Porcentaje
Por si misma	7	15,2
Por medio de un amigo	7	15,2
Por medio de un miembro de la Familia	4	8,7
Por medio de otra Institución	9	19,6
Por medio de la Institución misma	18	39,1
Otro	1	2,2
Total	46	100

Cuadro 7: Relación entre la fuente y el parceiro

	Frecuencia	Porcentaje
Es la misma persona	1	2,2
Es un amigo	10	21,7
Es un miembro de la familia de origen	9	19,6
Miembro de su familia propia	1	2,2

Es una Institución, organización o grupo.	21	45,7
Otro	2	4,3
Sin información	2	4,3
Total	46	100

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	46	100

ES UN NUEVO PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	**Sí**	44	97,8
	No	1	2,2
	Total	45	100

PRECEDENTES TRATAMIENTO POR DROGAS

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	3	10
No	27	90
Total	30	100

ESTADO DE HECHO

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	44	95,7
Unión libre	2	4,3
Total	46	100

Embarazada al momento del primer contacto

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	**Sí**	3	9,1
	No	30	90,9
	Total	33	100

Religión

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	**Católica**	23	92
	Evangelista	2	8
	Total	25	100

ESTRUCTURA FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje
Familia nuclear (padre, madre e hijos)	19	41,3
Familia monoparental (padre o madre e hijos)	11	23,9
Vive con otros familiares (no son ni padre ni madre)	4	8,7
Familia de origen e hijos propios (jóvenes que tuvieron hijos y siguen viviendo con sus padres)	3	6,5
Otros	4	8,7
Sin información	5	10,9
Total	46	100

ESCOLARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	17	37
Primaria completa	4	8,7
Secundaria incompleta	23	50
Terciaria incompleta	1	2,2
Sin información	1	2,2
Total	46	100

Respuestas múltiples

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	Nº
Habilidades(a)	**Sabe escribir**	42	15,70%	97,70%
	Sabe leer	43	16,10%	100,00%
	Sabe sumar	43	16,10%	100,00%
	Sabe sustraer	41	15,40%	95,30%
	Sabe multiplicar	37	13,90%	86,00%
	Sabe calcular divisiones	29	10,90%	67,40%
	Usa la computadora	32	12,00%	74,40%
Total		267	100,00%	620,90%

a Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.

Frecuencias $P32

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	Nº
Empleo(a)	Empleado en trabajo formal	1	1,30%	2,30%
	Empleado en trabajo no formal	4	5,20%	9,30%
	Estudiante	38	49,40%	88,40%
	Desempleado	2	2,60%	4,70%
	Nunca empleado	31	40,30%	72,10%
	Otros	1	1,30%	2,30%
Total		77	100,00%	179,10%
a Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.				

Frecuencias $P33

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	Nº
Condiciones al 1er contacto(a)	Sustancias/alcohol	4	3,50%	9,30%
	Conductas antisociales	1	0,90%	2,30%
	Psiquiatricas	1	0,90%	2,30%
	Violencia Intrafamiliar	12	10,40%	27,90%
	Trabajo Sexual	1	0,90%	2,30%
	Embarazo/parto	3	2,60%	7,00%
	Pobreza extrema	12	10,40%	27,90%
	Vida en la calle	1	0,90%	2,30%
	Escolares	4	3,50%	9,30%
	Exclusion Grave	1	0,90%	2,30%
	Violencia Intracomunitaria	40	34,80%	93,00%
	Redes Interinstitucionales	5	4,30%	11,60%
	HIV	1	0,90%	2,30%
	Sin Trabajo	2	1,70%	4,70%
	Problemas familliares	23	20,00%	53,50%
	Problemas Sexuales	1	0,90%	2,30%
	Violacion de niño/niña	2	1,70%	4,70%
	Migración /Emigración	1	0,90%	2,30%
Total		115	100,00%	267,40%
a Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.				

Frecuencias $P34

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	Nº
Peticiones(a)	Atencion a Parto	1	1,70%	2,60%
	Derivación/Canalización	4	6,70%	10,30%
	Consejo/Orientación	12	20,00%	30,80%
	Formación- Capacitación	25	41,70%	64,10%
	Información	4	6,70%	10,30%
	Recuperación Escolar	3	5,00%	7,70%
	Visita Familiar	5	8,30%	12,80%
	Examenes /Cuidados Médicos	3	5,00%	7,70%
	Ocupación/Trabajo	2	3,30%	5,10%
	Otro	1	1,70%	2,60%
Total		60	100,00%	153,80%
a Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.				

Frecuencias $P35

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	Nº
Respuestas(a)	Se da información	42	64,60%	95,50%
	Consejo-Orientación	10	15,40%	22,70%
	Canalización/Derivación	3	4,60%	6,80%
	Indicaciones, sugerencias	6	9,20%	13,60%
	Acompañamiento	4	6,20%	9,10%
Total		65	100,00%	147,70%
a Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.				

Frecuencias $P36

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	Nº
Resultados(a)	Acudio a la cita	1	1,30%	2,30%
	Siguio en contacto	35	45,50%	79,50%
	Interrumpio el contacto	16	20,80%	36,40%
	Inicia un programa de ejecución	25	32,50%	56,80%
Total		77	100,00%	175,00%
a Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.				

Cuestionario de Evaluación del Tratamiento Comunitario (CBT) (ver anexo 2)

Los perfiles de las entrevistadas evidencian que en su totalidad todas son mujeres y han permanecido en contacto con el dispositivo de Casa Santa Clara por más de 6 meses. Registrando 7 interrupciones en estos tratamientos. No se observa ningún caso de tratamiento concluido. Las edades van desde los 6 a los 18 años.

Los problemas presentados durante el proceso fundamentalmente fueron: violencia intrafamiliar, exclusión social grave, violencia intracomunitaria, embarazo y parto, pobreza extrema, problemas escolares, migración/inmigración.

Variable dependiente

Respecto de las actividades de asistencia directa, es decir, las realizadas por miembros del equipo e/o de la red operativa de la organización que lleva a cabo el proyecto, durante el período de tratamiento comunitario, fundamentalmente se encontraron: brindar albergue durante el día, refrigerios y comida completa, transporte y acompañamiento para parto. No se han brindado actividades de asistencia indirecta, entendiendo por estas aquellas en las cuales el beneficiario ha sido enviado/derivado/canalizado hacia la red de recursos comunitarios.

En cuanto a la educación tanto formal como no formal se ha brindado apoyo sobre: sexo seguro, uso seguro de drogas, asesoría para recuperación escolar, talleres de capacitación escolar y acompañamiento para el ingreso en la escuela formal. Para distinguir formal respecto a no formal se utilizo el siguiente criterio: (i) Dispositivo, (ii) Contrato. Cuando el dispositivo está controlado por el operador y está establecido de antemano entonces se habla e dispositivo formal. Cuando hay un acuerdo entre operador y beneficiario para implementar una actividad formativa respetando un determinado dispositivo el contrato es formal.

En relación con la colaboración de la red de recursos comunitarios encontramos que lo que se ha hecho son derivaciones enfocadas a servicios de salud y a instituciones educativas.

En lo que respecta al tratamiento comunitario se han trabajado en las redes subjetivas, se realizaron las Hoja del primer contacto - HPC, se han realizado los diarios clínicos, se ha programado el proceso de trabajo en equipo y en la red operativa comunitaria, se llevó a cabo una evaluación de la demanda mediante las siguiente técnicas: estrategias de orientación individual y visitas familiares.

Variable independiente

Los resultados más importantes están relacionados con la adquisición de actividades productivas u oficios, el desarrollo de capacidad técnica y profesional, la finalización de estudios primarios y/o secundarios, la adquisición de hábitos saludables en términos de salud sexual y reproductivas, el fortalecimiento de la seguridad personal, la mejora en la calidad de las relaciones comunitarias y personales, la mejora en los ámbitos relacionados con la higiene y el cuidado.

Los ejes de evaluación vinculados con la dimensión vivienda fueron los que menos se mejoraron en el proceso del desarrollo del trabajo comunitario.

Anexos

Anexo I: Hoja del primer contacto.

1. PRIMER CONTACTO	
2. Fecha del primer contacto	
3. Hora del primer contacto	
Desde las 08:01 a las 11:00	1
Desde las 11:01 a las 14:00	2
Desde las 14:01 a las 17:00	3
Desde las 17:01 a las 20:00	4
Desde las 20:01 a las 23:00	5
Desde las 23:01 a las 02:00	6
Desde las 02:01 a las 05:00	7
Desde las 05:01 a las 07:59	8
4. Nombre de la Institución	
5. Contexto operacional del primer contacto	
Centro residencial	1
Centro no residencial	2
Unidad de calle	3
Centro de bajo umbral	4
Unidad de prevención	5
Unidad móvil	6
Red operativa	7
Otro	9
6. Como se estableció el primer contacto	
Por teléfono	1
En la estructura de la organización	2
En la calle	3
En la casa de la persona	4
En otras instituciones	5
Otro	9
7. Nombre fuente de información	
7.1 Teléfono de la fuente	
7.2 Edad de la fuente	
7.3 Género de la fuente	
8. Tipología de la fuente	
Una persona/individual	1
Una organización/Grupo/Institución	2
Otro	99

9. Cómo la fuente supo de la Organización	
Por si misma	1
Por medio de un amigo	2
Por medio de un miembro de su familia	3
Por medio de un conocido	4
Por medio de otra institución	5
Por medio de la institución misma	6
Por el "parcero" mismo	7
Otro	99
10. Relación entre la fuente y el "parceiro"	
Es la misma persona	1
Es un amigo	2
Es miembro de su familia de origen	3
Miembro de su familia propia	4
Es una institución, organización o grupo	5
Otro	99

11. Nombre del "parcero"
12. Apellido del “parcero”
13. Fecha de nacimiento
14. Género
15. Dirección calle
16. Ciudad
17. Código postal
18. País
19. Teléfono
20. Es un nuevo parcero (SI- NO)
21. Precedentes tratamiento por drogas (número)

22. Lugar de los precedentes tratamientos por drogas	
Aquí	1
Otro lugar	2

23. Estado de hecho	
Soltero/a	1
Casado/a	2
Separado/a	3
Viudo/a	4
Divorciado/a	5
Poligamia	6
Unión libre	7
Otro	9

24. Número de hijos: ……..
24.1 Varones : ……..
24.2 Mujeres : ……
24.3Embarazos al momento del primer contacto: SI - NO

25. Grupo étnico

26. Religión

27. Persona de apoyo (nombre)

28. Persona de apoyo (teléfono)

29. Estructura familiar	
Vive solo/a	1
Vive solo/a con hijos/as	2
Familia nuclear (padre, madre e hijos)	3
Familia monoparental (padre o madre e hijos)	4
Vive con otros fliares (no son ni padre ni madre)	5
Familia de origen e hijos propios (jóvenes que tuvieron hijos y siguen viviendo con sus padres)	6
Otro	9

30. Escolaridad	
Primaria incompleta	1
Primaria completa	2
Secundaria incompleta	3
Secundaria completa	4
Terciarios incompleto	5
Terciario completo	6
Universitario incompleto	7
Universitario completo	8

31. HABILIDADES CON LAS QUE CUENTA	
Sabe escribir	1
Sabe leer	2
Sabe sumar	3
Sabe sustraer	4
Sabe multiplicar	5
Sabe calcular divisiones	6
Sabe usar computadora	7

32. EMPLEO	
Empleado en trabajo formal	1
Empleado en trabajo no formal	2
Autoemprendedor en trabajo formal	3
Autoemprendedor en trabajo no formal	4
Estudiante	5
Desempleado	6
Nunca empleado	7
Otro	98
Otro	99

33. CONDIONES AL PRIMER CONTACTO	
Sustancias/ alcohol	1
Conductas antisociales	2
Psiquiátricas	3
Conductuales	4
Relacionales	5
Violencia Intrafamiliar	6
Violación adultos	7
Trabajo sexual	8
Legal	9
Embarazo/Parto	10
Enfermedades	11
Pobreza Extrema	12
Vida En la Calle	13
Apoyo económico	14
Escolares	15
Exclusión Grave	16
Violencia Intracomunitaria	17
Redes Interinstitucionales	18

Crisis psicológica	19
Capacitación y Formación	20
Organización y planeación	21
HIV/AIDS	22
ETS	23
Trata/trafico de personas	24
Sin Trabajo	25
TB	26
Problemas familiares	27
Trast. estrés postraumático	28
Analfabetismo	29
Problemas sexuales	30
Violación de niño	31
Otras dependencias	32
Uso de drogas por entrevena	33
Hepatitis	34
Desplazamiento	35
Migración/Imigración	36
Estigma por identidad Sexual	37
Otro	98
Otro	99
34. PETICIONES	
Apoyo Económico	1
Atención a Parto	2
Derivación/Canalización	3
Cita/Coloquio	4
Consejo/ Orientación	5
Servicios Legales	6
Fianzas o Conmutas	7
Formación- Capacitación	8
Guardería /Kínder	9
Hospitalización Médica	10
Información	11
Integración Comunitaria	12
Internamiento	13
Organización y Planeación	14
Internación forzado	15
Recuperación Escolar	16
Servicio Social	17
Terapia	18
Visita familiar	19
Exámenes/Cuidados médicos	20
Alimentación	21
Servicios de higiene/Ropa limpia	22

Ocupación/Trabajo	23
Medicamentos	24
Burocrático	25
Otro	98
Otro	99
35. RESPUESTAS	
Se da una cita	1
Se da Información	2
Consejo-Orientación	3
Canalización/ Derivación	4
Escucha inmediata/manejo de crisis	5
Indicaciones, sugerencias	6
Acompañamiento	7
Cuidados médicos	9
Higiene/Ropa limpia	10
Acogida (Día o noche)	11
Otro	98
Otro	99
36. RESULTADOS	
Acudió a la cita	1
Siguió en contacto	2
Interrumpió el contacto	3
Inicia un programa	4
Inclusión en actividades de outreach	6
Otro	99
37. Comentarios	

Anexo 2: Cuestionario de evaluación de CBT

TRATAMIENTO COMUNITARIO
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN (2014)

1 PRESENTACIÓN

Este instrumento está dirigido exclusivamente a los operadores de los equipos o de las redes operativas, no tiene entonces que ser utilizado por los beneficiarios de los programas ni directamente (auto llenado) ni indirectamente (utilizado por un operador en frente de un *parcero* como base para una entrevista).

Las informaciones que se registran en este instrumento de evaluación proceden exclusivamente de la Hoja de Primer Contacto y del formato SPICl (Seguimiento de procesos individuales en comunidades locales). Lo que no se encuentra registrado en esos documentos no puede ser utilizado para contestar a los ítems del cuestionario de evaluación.

El procedimiento de compilación es el siguiente:

- Se llena un cuestionario para cada uno de los *parceros* que han vivido un proceso de tratamiento comunitario (TC) independientemente de su duración. Existen *tres criterios* generales para esto: (a) el TC inicia cuando un operador del equipo lleva a cabo una acción de ayuda directa con un *parcero* o su *red subjetiva* a partir de una demanda/petición del parcero e/o de su red subjetiva, (b) el tratamiento comunitario inicia después del tercer encuentro directo entre el parcero e/o su red y operador; (c) el TC inicia cuando ha habido una decisión tomada en equipo. Es suficiente que sean satisfechos los criterios (c) y uno de los dos precedentes.
- El TC se concluye cuando el equipo lo decide. La evaluación sirve también para ver cuáles son los diferentes criterios de los diferentes equipos y cuales sus consecuencias.
- El cuestionario es llenado por el case manager / gestor del caso (la persona que ha seguido el caso) y controlado por el coordinador de gestores de casos. Una averiguación del cuestionario en equipo es aconsejada.
- Es aconsejado que la evaluación se lleve a cabo cada seis meses.
- Para poder evaluar en manera confiable un caso se necesita un tiempo mínimo de dos años de TC (3 o 4 evaluaciones).
- Se codifica de la manera siguiente

Criterios generales para la codificación de los valores en las escalas de evaluación	
0	Actividad / proceso “ausente”. Se ha tratado de averiguar si esta actividad o proceso ha sido implementado y se ha constatado que no. Esto es diferente de “x” (ver más abajo) donde se dice que la actividad no se ha observado porque no se tiene información suficiente o confiable. En este caso con “0” se dice que esa actividad no ha existido.
1	Participación ocasional Se codifica con 1 cuando la persona ha participado en manera desvinculada de un proceso una o más veces.
2	En proceso en manera no sostenida o continua (Por proceso se entiende el total de las estrategias y objetivos establecidos en el programa personalizado durante la reunión de equipo y/o de red oper).
3	En proceso en manera sostenida (continua)
x	No se tiene información confiable. Importante recordar que del punto de visa del cálculo estadístico “x” es ponderado como “2” por las razones siguientes: no tener información confiable acerca de los índices de riesgo incluidos en el cuestionario o de elementos del a variable independiente, es un factor de riesgo para el cliente involucrado en un proceso de tratamiento comunitario. Si en una misma variable el número de “x” es superior a 1/3 parte de los ítem, los datos del a variable no son valederos.

2 DATOS GENERALES.

2.01	Folio	Número	
2.02	Parcero	Nombre (Solo iniciales)	
2.03	Organización	Nombre (Iniciales)	
2.04	Primer Contacto	Fecha	
2.05	Tratamiento (TC)	Fecha inicio (3 contactos o una ayuda concreta. Validación equipo)	
2.06		Proceso interrumpido (30 días sin contactos) fecha[6]	
2.07		Proceso concluido (escribir la fecha)	
2.08		Proceso en desarrollo (si/no)	
2.09	Suspensiones	Numero suspensiones o interrupciones.	
2.10	Fecha	Fecha en la cual se realiza la evaluación	

[6] Se pone la fecha de la última interrupción

PROBLEMAS PRESENTADOS DURANTE EL PROCESO.

Esta es la tabla 28 de la Hoja de Primer Contacto (HPC). Se registran aquí todas las situaciones problemas que se han presentado durante el proceso de tratamiento. Codificación: "x" sin información; 0: nunca; 1: una sola vez; 2: ocasionalmente (más de una vez y sin que se observe un patrón específico); 3: frecuentemente (más que en el caso precedente y con un patrón específico), 4: Muy frecuentemente (altos números sin una continuidad); 5: continuo (actividad realizada continuamente).

3	Problemas presentados durante el proceso	Evaluación						
3.1	Sustancias/alcohol	0	1	2	3	4	5	x
3.2	Conductas antisociales	0	1	2	3	4	5	x
3.3	Psiquiátricas	0	1	2	3	4	5	x
3.4	Conductuales	0	1	2	3	4	5	x
3.5	Relacionales	0	1	2	3	4	5	x
3.6	Violencia Intrafamiliar	0	1	2	3	4	5	x
3.7	Violación adultos	0	1	2	3	4	5	x
3.8	Trabajo sexual	0	1	2	3	4	5	x
3.9	Legal	0	1	2	3	4	5	x
3.10	Embarazo/Parto	0					5	x
3.11	Enfermedades	0	1	2	3	4	5	x
3.12	Pobreza Extrema	0					5	x
3.13	Vida en la calle	0	1	2	3	4	5	x
3.14	Apoyo económico	0	1	2	3	4	5	x
3.15	Escolares	0	1	2	3	4	5	x
3.16	Exclusión Grave	0	1	2	3	4	5	x
3.17	Violencia Intracomunitaria	0	1	2	3	4	5	x
3.18	Redes Interinstitucionales	0	1	2	3	4	5	x
3.19	Crisis psicológica	0	1	2	3	4	5	x
3.20	Capacitación y Formación	0	1	2	3	4	5	x
3.21	Organización y planeación	0	1	2	3	4	5	x
3.22	HIV	0					5	x
3.23	ETS	0					5	x
3.24	Trata/tráfico de personas	0					5	x
3.25	Sin Trabajo	0	1	2	3	4	5	x
3.26	TB	0			3	4	5	x
3.27	Problemas familiares	0			3			x
3.28	Trastorno Estrés Postraumático	0			3			x
3.29	Analfabetismo	0			3			x
3.30	Problemas sexuales	0			3			x
3.31	Violación de niño	0					5	x
3.32	Otras dependencias	0			3			x
3.33	Uso de drogas por entrevena	0	1	2	3	4	5	x
3.34	Hepatitis	0					5	x
3.35	Desplazamiento	0					5	x

3.36	Migración/Inmigración	0			3			x
3.37	Estigma por identidad Sexual	0					5	x
3.38	Otro	0					5	x

3 ACTIVIDADES DE ASISTENCIA DIRECTA

Actividades realizadas por miembros del equipo e/o de la red operativa de la organización que realiza el proyecto, durante el periodo de tratamiento comunitario.

4	**ACTIVIDADES DE ASISTENCIA DIRECTA**	Evaluación				
	Salud					
4.1	Se han dado medicamentos	0	1	2	3	x
4.2	Se han curado heridas	0	1	2	3	x
4.3	Se han intercambiado jeringas	0	1	2	3	x
4.4	Se han distribuido condones	0	1	2	3	x
4.5	Se han dado medicamentos para HIV	0	1	2	3	x
4.6	Se han dado medicamentos para ETS	0	1	2	3	x
4.7	Se han hecho pruebas clínicas para HIV	0	1	2	3	x
4.8	Se han hecho pruebas clínicas para ETS	0	1	2	3	x
4.9	Se han hecho pruebas clínicas para TBC	0	1	2	3	x
4.10	Se han dado medicamentos para TBC	0	1	2	3	x
4.11	Se han hecho tratamientos sustitutos	0	1	2	3	x
	Albergue					
4.12	Se ha dado albergue durante la noche	0	1	2	3	x
4.12	Se ha dado albergue durante el día	0	1	2	3	x
	Aseo Personal					
4.14	La persona ha utilizado una ducha	0	1	2	3	x
4.15	La persona ha recibido insumos para baño	0	1	2	3	x
4.16	La persona ha utilizado la toilette	0	1	2	3	x
4.17	La persona ha recibido ropa limpia	0	1	2	3	x
4.18	La persona ha podido lavar su ropa	0	1	2	3	x
	Otro					
4.19	La persona ha recibido alguna forma de refrigerio	0	1	2	3	x
4.20	La persona ha recibido comida completa	0	1	2	3	x
4.21	La persona ha recibido apoyo para pago de servicios	0	1	2	3	x
4.22	La persona ha recibido un subsidio	0	1	2	3	x
4.23	Ha sido ayudado en momentos de peligro	0	1	2	3	x
4.24	Apoyo para parto.	0			3	x
4.25	Transporte	0	1	2	3	x
4.26	Protección para hijos/as	0	1	2	3	x
4.27	Defensa legal	0	1	2	3	x
4.28	Fianzas para salir de la cárcel	0			3	x
4.39	Documentación	0			3	x
4.30	Otro	0			3	x

4 ACTIVIDADES DE ASISTENCIA **INDIRECTA**

Son Actividades asistenciales indirectas, durante el periodo de tratamiento comunitario, aquellas en las cuales el beneficiario ha sido enviado/derivado/canalizado hacia la red de recursos comunitarios.

4	**ACTIVIDADES DE ASISTENCIA INDIRECTA**	Evaluación				
	Salud					
5.1	Se han dado medicamentos	0	1	2	3	x
5.2	Se han curado heridas	0	1	2	3	x
5.3	Se han intercambiado jeringas	0	1	2	3	x
5.4	Se han distribuido condones	0	1	2	3	x
5.5	Se han dado medicamentos para HIV	0	1	2	3	x
5.6	Se han dado medicamentos para ETS	0	1	2	3	x
5.7	Se han hecho pruebas clínicas para HIV	0	1	2	3	x
5.8	Se han hecho pruebas clínicas para ETS	0	1	2	3	x
5.9	Se han hecho pruebas clínicas para TBC	0	1	2	3	x
5.10	Se han dado medicamentos para TBC	0	1	2	3	x
5.11	Se han hecho tratamientos sustitutos	0	1	2	3	x
	Albergue					
5.12	Se ha dado albergue durante la noche	0	1	2	3	x
5.12	Se ha dado albergue durante el día	0	1	2	3	x
	Aseo Personal					
5.14	La persona ha utilizado una ducha	0	1	2	3	x
5.15	La persona ha recibido insumos para baño	0	1	2	3	x
5.16	La persona ha utilizado la toilette	0	1	2	3	x
5.17	La persona ha recibido ropa limpia	0	1	2	3	x
5.18	La persona ha podido lavar su ropa	0	1	2	3	x
	Otro					
5.19	La persona ha recibido alguna forma de refrigerio	0	1	2	3	x
5.20	La persona ha recibido comida completa	0	1	2	3	x
5.21	La persona ha recibido apoyo para pago de servicios	0	1	2	3	x
5.22	La persona ha recibido un subsidio	0	1	2	3	x
5.23	Ha sido ayudado en momentos de peligro	0	1	2	3	x
5.24	Apoyo para parto.	0			3	x
5.25	Transporte	0	1	2	3	x
5.26	Protección para hijos/as	0	1	2	3	x
5.27	Defensa legal	0	1	2	3	x
5.28	Fianzas para salir de la cárcel	0			3	x
5.39	Documentación	0			3	x
5.30	Otro	0			3	x

5 EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL **DIRECTA**.

Educación formal[7] o no formal (individual o de grupo). La persona ha vivido acciones o procesos de educación formal o no formal.

EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL DIRECTA												
6	La persona ha vivido acciones/procesos de educación formal o no formal …	**Formal 6.1**						**No Formal 6.2**				
Salud												
6.1.1.	Sobre HIV	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.2.	Sobre sexo seguro	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.3.	Sobre uso seguro de drogas	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.4.	Sobre enfermedades transmitidas por vía sanguínea y sexual.	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.5.	Primeros auxilios	0			3	x		0			3	x
Educación												
6.1.6.	Talleres o cursos de alfabetización	0			3	x		0			3	x
6.1.7.	Asesoría para recuperación escolar	0			3	x		0			3	x
6.1.8	Ha sido ayudada a ingresar en una escuela	0			3	x		0			3	x
6.1.9	Ha recibido una beca para estudiar	0			3	x		0			3	x
6.1.10	Ha ingresado en una escuela formal	0			3	x		0			3	x
Trabajo												
6.1.11.	Talleres de capacitación profesional	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.12.	Ha hecho una práctica de trabajo	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.13.	Se ha ayudado a encontrar trabajo	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
Participación Social												
6.1.14.	Organización de grupos y asociaciones	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.15.	Derecho Humanos y Sociales	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
6.1.16.	Otro	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x

[7] Como criterio para distinguir formal respecto a non formal aconsejamos los siguientes: (i) Dispositivo, (ii) Contrato. DISPOSITIVO: horario, lugar, programa (temas y metodologías), didáctica, finalidad. Cuando el dispositivo está controlado por el operador y está establecido de antemano entonces se habla e dispositivo formal. CONTRATO: cuando hay una cuerdo entre operador y beneficiario para implementar una actividad formativa respetando un determinado dispositivo el contrato es formal. No formal corresponde a informa lo funcional. Ejemplo de no formal/funcional: mientras un apersona produce pan el operador enseña a contar, pesar, calcular (suma, resta, división, multiplicación, porcentaje y promedio). Ene se caso el dispositivo no es para la educación a sumar, restar etc. Sino para producir ye l contrato tampoco es de tipo educativo.

6 EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL **INDIRECTA**.

Educación INDIRECTA formal o no formal (individual o de grupo). La persona ha vivido acciones o procesos Indirectos de educación formal o no formal.

EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL INDIRECTA												
7	La persona ha vivido acciones/procesos de educación formal o no formal …	**Formal 7.1**						**No Formal 7.2**				
	Salud											
7.1.1.	Sobre HIV	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.2.	Sobre sexo seguro	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.3.	Sobre uso seguro de drogas	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.4.	Sobre enfermedades transmitidas por vía sanguínea y sexual.	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.5.	Primeros auxilios	0			3	x		0			3	x
	Educación											
7.1.6.	Talleres o cursos de alfabetización	0			3	x		0			3	x
7.1.7.	Asesoría para recuperación escolar	0			3	x		0			3	x
7.1.8	Ha sido ayudada a ingresar en una escuela	0			3	x		0			3	x
7.1.9	Ha recibido una beca para estudiar	0			3	x		0			3	x
7.1.10	Ha ingresado en una escuela formal	0			3	x		0			3	x
	Trabajo											
7.1.11.	Talleres de capacitación profesional	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.12.	Ha hecho una práctica de trabajo	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.13.	Se ha ayudado a encontrar trabajo	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
	Participación Social											
7.1.14.	Organización de grupos y asociaciones	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.15.	Derecho Humanos y Sociales	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x
7.1.16.	Otro	0	1	2	3	x		0	1	2	3	x

7 COLABORACIÓN CON LA RED DE RECURSOS COMUNITARIOS

La pregunta de partida es: en el transcurso del tratamiento comunitario o en la fase de primeros contactos la persona ha sido referida/canalizada/enviada hacia....?

	Casos compartidos con la RED DE RECURSOS COMUNITARIOS	Evaluación				
8.1	Ha sido derivado canalizado a una **escuela o curso o actividad educativa**	0			3	x
8.2	Esta iniciativa es gestionada conjuntamente	0			3	x
8.3	Esta iniciativa ha sido evaluada conjuntamente	0			3	x
8.4	Derivación hacia un taller de **capacitación para el trabajo**	0			3	x
8.5	Esta iniciativa es implementada conjuntamente	0			3	x
8.6	Esta iniciativa ha sido evaluada conjuntamente	0			3	x
8.7	Orientación hacia una agencia de **tratamiento registrado**	0			3	x
8.8	Esta iniciativa es gestionada conjuntamente	0			3	x
8.9	Esta iniciativa ha sido evaluada conjuntamente	0			3	x
8.10	Orientación hacia una agencia de **tratamiento NO registrada**	0			3	x
8.11	Esta iniciativa es implementada conjuntamente	0			3	x
8.12	Esta iniciativa ha sido evaluada conjuntamente	0			3	x
8.13	La persona ha sido orientada hacia un **trabajo**	0			3	x
8.14	Esta iniciativa es implementada conjuntamente	0			3	x
8.15	Esta iniciativa ha sido evaluada conjuntamente	0			3	x
8.16	Derivación hacia un hospital o un **servicio medico**	0			3	x
8.17	Esta iniciativa es implementada conjuntamente	0			3	x
8.18	Esta iniciativa ha sido evaluada conjuntamente	0			3	x
8.19	Derivación hacia Actividades/**Agencias de participación social**	0			3	x
8.20	Esta iniciativa es implementada conjuntamente	0			3	x
8.21	Esta iniciativa ha sido evaluada conjuntamente	0			3	x
8.22	Otra.	0			3	x

9	DESARROLLO DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO	Evaluación				
	Diagnóstico del dispositivo					
9.01	El equipo ha sido involucrado	0	1	2	3	x
9.02	La Red Subjetiva ha sido involucrada	0	1	2	3	x
9.03	La Red Operativa ha sido involucrada	0	1	2	3	x
9.04	La Red de Recursos Comunitarios ha sido involucrada	0	1	2	3	x
9.05	La Red de Líderes de Opinión ha sido involucrada	0	1	2	3	x
9.06	La Red Subjetiva del *è* ha sido involucrada	0	1	2	3	x
	Diagnóstico y evaluación del caso					
9.07	Se ha hecho una diagnóstico individual	0			3	x
9.08	Se ha hecho un diagnóstico familiar	0			3	x
9.09	Se ha hecho una diagnóstico de red	0			3	x
9.10	Existe una HPC	0			3	x
9.11	Existe una SPICL	0			3	x
9.12	Se ha hecho una evaluación de la demanda	0			3	x
9.13	Se ha hecho una evaluación de los recursos de la persona	0			3	x
9.14	Se ha hecho una evaluación de los recursos de la red subj.	0			3	x
9.15	Se ha programado el proceso de tratamiento en equipo	0			3	x
9.16	Se ha programado el proceso de tratamiento en la red oper.	0			3	x
9.17	Se han definido objetivos y metas	0			3	x
9.18	Objetivos y metas han sido evaluados	0			3	x
9.19	Se ha hecho una evaluación formal (evaluación CBT etc.)	0			3	x
9.20	El proceso global ha sido evaluado en equipo	0	1	2	3	x
9.21	El proceso se ha concluido	0			3	x
9.22	El proceso se ha interrumpido.	0	1	2	3	x
9.23	La persona ha muerto.	0			3	x
	Estructuras involucradas					
9.24	Territorios comunitarios	0	1	2	3	x
9.25	Servicios naturales	0	1	2	3	x
9.26	Recursos con actores privados	0	1	2	3	x
9.27	Centros de bajo umbral y baja complejidad	0	1	2	3	x
9.28	Centros de bajo umbral y media complejidad	0	1	2	3	x
9.29	Centros de bajo umbral y alta complejidad	0	1	2	3	x
	Técnicas utilizadas en el proceso					
9.30	Counselling y orientación individual	0	1	2	3	x
9.31	Psicoterapia individual	0	1	2	3	x
9.32	Visitas familiares	0	1	2	3	x
9.33	Participación en grupos de discusión	0	1	2	3	x
9.34	Terapia de grupo	0	1	2	3	x
9.35	Terapia familiar	0	1	2	3	x
9.36	Terapia de Red	0	1	2	3	x
9.37	Grupo de autoayuda	0	1	2	3	x
9.38	Ha trabajado en la organización como forma de tratamiento	0	1	2	3	x
9.39	Ha trabajado como operador para en la organización	0	1	2	3	x
9.40	Otro	0	1	2	3	x

EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

En esta parte del cuestionario se trata de evaluar el resultado de todas las acciones que se han ponderado en las tablas precedentes. Procedimiento:

- (i) Partiendo de las hojas de primer contacto y del SPI.Cl hacer primero la evaluación inicial: desde el primer contacto hasta el primer mes (se hace una evaluación inicial refiriéndose a un tiempo preciso, sin hacer una anamnesis histórica) de cada persona. Se codifica utilizando la manera indicada en la presentación de este documento (ver 1. Presentación)
- Hay algunos ítem que no son conductas o situaciones, sino "estados". Por esta razón no pueden ser evaluados de 0 a 5, sino 0 (no), 1 (si), x (no tengo información). Ver por ejemplo el Ítem 7 de la tabla Educación: "No ha completado la escuela secundaria" En este caso se puede contestar "0" o "3" o "x". Si la persona ha completado la escuela secundaria se marca "0" que significa que este ítem tiene nivel de riesgo "0" para esta persona. Si la persona **no** ha completado la escuela primaria se marca "3" porque en este contexto no haber completado la escuela primaria tiene un factor de riesgo "3". Si no se tiene información se marca "x". El mismo razonamiento se hace con el ítem n°8 "No ha completado la escuela primaria". En este caso si la persona ha completado la escuela primaria este ítem tiene un factor de riesgo"0", si **no** ha completado la escuela primaria este ítem tiene un factor de riesgo "5".

Se trata aquí de una evaluación que se basa en la observación directa (por lo menos dos operadores) de conductas, acciones o situaciones precisas. No son válidas las respuestas que no encuentran confirmación en por lo menos dos operadores.

IMPORTANTE: todas las tablas que siguen están compuestas de ítem que son **factores de riesgo** entonces se trata de conductas o estados potencialmente "negativos" o "riesgosos", como por ejemplo el hecho de no tener recursos para estudiar (Educación, ítem 1).

Entonces: la pregunta que nos planteamos antes de responder al ítem no es si la persona tiene o no tiene recursos para estudiar, sino "para esta persona el hecho de "*no tener recursos para estudiar*" es un hecho que nunca se da (entonces "0"), que se ha dado una sola vez ene l periodo estudiado (entonces "1"), que se ha dado más de una vez sin que se observe un patrón (entonces "2"), que se ha dado con un cierto patrón más no muy frecuentemente (entonces "3"), que se ha dado con un patrón y con frecuencia (entonces "4"), que se ha dado en manera permanente(entonces 5), o que no se ha observado (entonces "x")?

EL asunto es que “no tener recursos para estudiar” en manera permanente tiene un valor de riesgo”5”, no tener sistemáticamente mas no en permanencia recursos para estudiar , tiene un valor de riesgo “4”, estar periódicamente (con patrón) sin recursos para estudiar, tiene un valor de riesgo “3” etc. Entonces la evaluación que se lleva a cabo consiste en **ponderar en qué medida cada uno del os ítem constituye o no constituye un factor de riesgo** para la persona que se toma en consideración.

	10. EDUCACIÓN / CAPACITACION	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	No tiene recursos para estudiar.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Se encuentra en entornos escolares / de capacitación negativos	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Deserta la escuela / capacitación	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	No tiene Capacitación técnica y/o profesional	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	No tiene oficio o habilidades productivas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	Tener problemas de aprendizaje	0					5	x	0					5	x
7	No ha completado escuela secundaria	0			3			x	0			3			x
8	No ha completado la escuela primaria	0					5	x	0					5	x
9	No sabe leer	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
10	No sabe escribir	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
11	No sabe hacer cálculos elementares	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	11. DROGAS	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Delinquir para consumir	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Usar simultáneamente tipos diferentes de drogas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Usar agujas no estériles	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Traficar con drogas como forma de comercio	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Traficar con drogas para sustentar el uso personal	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	No controlar la calidad de la sustancia	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	Pasar mucho tiempo en lugares donde se vende y consume droga	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	Prostituirse para comprar droga	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	Incrementar la cantidad de uso de drogas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
10	Usar por intramuscular o entra vena	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
11	Consumir nuevas drogas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
12	Drogarse solo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
13	Cambiar frecuentemente de jíbaro / vendedor	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
14	Drogarse en lugares no seguros	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
15	Condividir jeringas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
16	Usar drogas duras (Heroína-Cocaína)	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	12. TRABAJO	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Tener ocupación ilegal	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Estar sin trabajo u ocupación	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Trabajar en lugares donde promueven o exigen el consumo de drogas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Tener una ocupación de alto riesgo relacionado con drogas o seguridad personal.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Tener un trabajo en el cual hay explotación grave de la mano de obra	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	Vivir en un contexto donde no hay oportunidades de trabajo (licito, formal o informal)	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	13. VIDA SEXUAL	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	No utilizar el preservativo o condón	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Tener relaciones sexuales con compañeros peligrosos	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Tener relaciones sexuales estando drogado	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Tener relaciones sexuales desprotegidas con la pareja "estable"	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Tener relaciones sexuales en lugares de riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	Comenzar la vida sexual tempranamente sin información	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	No tomar en cuanta el periodo de ventana en las pruebas clínicas para Hiv	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	No hacer pruebas médicas periódicos	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	No hacer una prueba clínica después de una relación sexual sin preservativo.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	14. SEGURIDAD PERSONAL	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Tener enemigos	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Vivir en comunidades de alto riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Realizar actividades ilegales	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Andar armado	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Tener conductas violentas hacia los otros	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

6	Pertenecer a grupos de pares de alto riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	No tener un grupo de referencia (estar solo)	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	Trabajar como operador de calle	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	La persona no tiene vinculación con instancias que refuerzan su seguridad personal	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
	15. SALUD	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Vive con VIH y tiene relaciones sexuales sin protección	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	No tiene derecho a medicamentos vitales	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Tiene Sida/Aids	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Es VIH+	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Tiene Hepatitis	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	Consume drogas durante su embarazo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	Tiene un embarazo en situación de riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	Tiene ETS/STD	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	No tiene acceso a servicios médicos de base.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
10	Practicarse construcciones corporales sin condiciones médicas adecuadas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
11	Tiene enfermedades y no se cura	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
12	Ha tenido Abortos mal hechos	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
13	Tiene tuberculosis	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
14	Embarazos indeseados	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
	16. VIDA DE GRUPO	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Endeudarse con el expendedor de drogas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Ser miembro de grupo compuesto exclusivamente de personas de alto riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Participar en grupo a actividades delictivas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Tener exclusivamente amigos que consumen	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Tener relaciones afectivas con el expendedor de drogas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	Haber perdido amigos a causa del consumo de SPA	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	Estar solo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	Tener vínculos con grupos o personas al margen de la ley	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	Tener relaciones conflictivas con las personas con las cuales se vive	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
10	Ser rechazado por ser diferente, pensar diferente a los grupos en los que se está	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
11	No ser UD/UDI y vivir con una persona que lo es.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
	17. FAMILIA	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Familia con conductas de codependencia	0				4		x	0				4		x
2	No Tener vínculos familiares o afectivos	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Tener vínculos familiares de alto conflicto o riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Expulsado de su familia	0			3			x	0			3			x
5	Vive eventos de violencia intra familiar	0			3			x	0			3			x
6	En su familia hay personas dependientes de drogas y alcohol	0			3			x	0			3			x
7	Familia desintegrada.	0			3			x	0			3			x
8	Haber abandonado su familia	0			3			x	0			3			x
9	La familia practica la explotación sexual	0			3			x	0			3			x
10	Utilizador de drogas (UD) o (UDI) que pone en riesgo a su familia.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
11	Tener algún familiar que produce, vende, comercia, expenda SPA	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
12	Familia en condición de extrema pobreza	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	18. ALCOHOL	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Tomar alcohol durante el embarazo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Tomar alcohol de mala calidad	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Trabajar en negocios que piden o exigen el consumo de licor	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Mezcla el consumo de alcohol con otras SPA ilícitas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Pasar de un uso por vía oral a otras vías (nariz, intra vena, vagina)	0			3			x	0			3			x
6	Incrementar la cantidad de uso de alcohol	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	No controlar la calidad de la sustancia	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	Usar simultáneamente tipos diferentes de alcohol (hacer mezclas)	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	Mezclar drogas medicadas con el consumo de alcohol	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
10	Hacer trueque de tipo de bebida	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
11	Emborracharse solo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

12	Tomar todos los días grandes cantidades de alcohol	0				4		x	0				4		x
13	Tomar alcohol de envases contaminados o sucios	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
14	Emborracharse en grupo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
15	Mezclar alcohol de 96° con gaseosas.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	X

	19. LEGALIDAD	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Cometer robos	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
2	Cometer asaltos	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
3	Traficar con drogas	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
4	Pertenecer a grupos delictivos / pandillas	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
5	Estar en la cárcel	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
6	Participa en acciones de delictivas	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
7	Consumir drogas en lugares públicos	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
8	Tener documentos falsos	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
9	Portar armas sin salvoconducto y armas corto punzantes	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
10	Mantenerse con dinero producto de actividades delictivas	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
11	Haber estado privado de libertad	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
12	Estar indocumentados	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
13	No tener documentos de identidad	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
14	Cometer homicidios, o producir lesiones	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X
15	Ser prófugo de la justicia y/o reo ausente	0	1	2	3	4	5	X	0	1	2	3	4	5	X

	20. VIVIENDA	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Vivir en espacios públicos a la intemperie	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Vivir con personas en alto riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Vivir en sitios de consumo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Vivir en lugares sin higiene ni servicios básicos	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Cambiar vivienda todas las noches	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	Vivir en inquilinato	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	Vivir en zonas con presencia de grupos armados al margen de la ley	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	Vivir en hacinamiento	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	Vivir en una comunidad de alto riesgo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	21. HIGIENE	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Cambiarse de ropa menos de una vez / semana	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Bañarse menos de una vez / semana	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	No tener un lugar donde bañarse	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	No tener ropa limpia	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	No cuidar la limpieza de su sitio / vivienda	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
6	Lavar su sopa menos de una vez / semana	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	22. ALIMENTACIÓN	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Alimentarse menos de una vez al día	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Alimentarse en la calle sin control higiénico	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Quedarse días sin alimentarse	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Sacar su alimento de la basura	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

	23. SITUACIÓN PSICOLÓGICA	Evaluación Inicial							Evaluación Actual						
1	Vivir una depresión	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
2	Vivir experiencias psicóticas	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
3	Vivir trastornos limites de personalidad	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
4	Vivir situaciones de pánico	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
5	Sentido ansiedad seria	0			3			x	0			3			x
6	Personalidad antisocial	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
7	Alteraciones graves del humor debido a abuso de sustancias.	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
8	Somatizar situaciones de estrés o conflicto	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
9	Vivir situaciones de duelo	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
10	Vivir situaciones de estrés post traumático	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
11	Cambios de conducta después de haber sido víctima de violencia	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
12	Tenido pensamientos de suicidio	0				4		x	0				4		x
13	Intentado el suicidio	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x
14	Sido recetado alguna medicina por algún problema psicológico	0	1	2	3	4	5	x	0	1	2	3	4	5	x

Anotaciones del evaluador.
Firma del Evaluador.