

REMAR CHILE

DOSSIER INSTITUCIONAL DEL MODELO DE REHABILITACIÓN

Intervención Social, Espiritual, Conductual y Psicoeducativa

Documento explicativo para presentación ante ministerios, municipalidades, servicios públicos, fundaciones, empresas y organismos financiadores.

Entidad	REMAR Chile
Base institucional	Acción social de inspiración cristiana y trabajo comunitario residencial
Población objetivo	Personas con consumo problemático de alcohol y drogas, exclusión social, situación de calle o egreso penitenciario
Naturaleza del programa	Proceso residencial, voluntario, no laboral, de rehabilitación integral
Versión	Marzo de 2026

Conceptos del modelo de intervención

Rehabilitación: Proceso de restauración integral de la persona, orientado a recuperar hábitos y una vida funcional.

Habilitación: Proceso de capacitación progresiva que desarrolla habilidades, responsabilidad y autonomía.

En conjunto: Restaurar lo dañado y formar para una vida nueva, ordenada y responsable.

1. Presentación general

El presente dossier describe de manera amplia y técnicamente fundamentada la forma de trabajo de REMAR Chile en sus comunidades residenciales de apoyo y rehabilitación. Su finalidad es presentar, con claridad institucional, el funcionamiento del modelo de intervención, sus bases espirituales, su estructura comunitaria, sus componentes psicoeducativos y conductuales, sus límites operativos, su articulación con la red pública y su potencial como dispositivo social de recuperación e inclusión.

Este documento está pensado para evaluación por parte de ministerios, municipalidades, servicios públicos, empresas donantes, fundaciones, organismos de cooperación y otros actores que requieran comprender cómo opera una comunidad de rehabilitación REMAR, qué tipo de población atiende, cuáles son sus normas, cuáles son sus objetivos y por qué este tipo de trabajo resulta especialmente valioso en personas con alta vulnerabilidad social.

2. Identificación y naturaleza institucional

REMAR Chile es una organización sin fines de lucro orientada a la rehabilitación y acompañamiento integral de personas en situación de vulnerabilidad. En su funcionamiento cotidiano combina apoyo residencial, cobertura de necesidades básicas, formación espiritual, organización comunitaria, reeducación conductual, adquisición de hábitos de vida y trabajo ocupacional terapéutico.

La institución desarrolla una respuesta preferente hacia personas afectadas por consumo problemático de alcohol y otras drogas, situación de calle, quiebre familiar, exclusión social, desempleo crónico, desarraigo y egreso penitenciario. Su marco de acción es residencial y comunitario, con atención cotidiana y acompañamiento continuo.

La base espiritual del modelo se vincula con la visión cristiana evangélica de restauración integral de la persona. La base técnica del trabajo, sin embargo, se organiza en un lenguaje comprensible para la política pública: protección, adherencia, estabilidad, hábitos, responsabilidad, proyecto de vida, inclusión social y coordinación intersectorial.

3. Fundamento del modelo: por qué una comunidad residencial

El trabajo comunitario residencial responde a una realidad conocida en el campo de las adicciones y de la exclusión severa: muchas personas no sólo presentan un problema de consumo, sino también una biografía fragmentada, vínculos deteriorados, rutinas desorganizadas, baja tolerancia a la frustración, escaso autocuidado, aislamiento, conflictos judiciales o laborales y una fuerte pérdida de sentido vital. En estos casos, el tratamiento no puede limitarse a recomendaciones generales o a una atención esporádica; requiere un entorno estable y sostenido.

La comunidad residencial provee precisamente ese entorno. Su principal valor terapéutico no es únicamente el alojamiento, sino la posibilidad de reorganizar la vida cotidiana del participante dentro de un marco claro de convivencia, responsabilidad y acompañamiento. La evidencia y las orientaciones internacionales coinciden en que el tratamiento efectivo debe abordar múltiples necesidades del individuo —no sólo el consumo— e integrar componentes médicos, psicológicos, sociales, vocacionales y legales cuando corresponda. Asimismo, el tratamiento y la rehabilitación deben orientarse a la recuperación, la funcionalidad y la inclusión social.

Por ello, el modelo REMAR se entiende mejor como una comunidad de rehabilitación integral: un espacio protegido donde la persona puede interrumpir circuitos de consumo o calle, estabilizar sus

rutinas, recuperar hábitos, reconstruir vínculos, proyectar un oficio y reinstalar una identidad personal compatible con la vida en sociedad.

4. Principios rectores del programa

4.1. Voluntariedad

El ingreso al programa es voluntario. Esto significa que la persona acepta someterse a un proceso de cambio, a normas de convivencia y a una estructura diaria definida. La voluntariedad no implica ausencia de exigencia; al contrario, supone un compromiso explícito con una metodología ordenada, progresiva y comunitaria.

4.2. Integralidad

El abordaje es integral porque considera a la persona en su totalidad: cuerpo, conducta, emociones, relaciones, historia de vida, hábitos, espiritualidad, ocupación y proyección social. En términos psicoeducativos, se asume que la adicción y la exclusión tienden a afectar simultáneamente distintas áreas del funcionamiento, por lo que la recuperación requiere intervención simultánea sobre varias dimensiones.

4.3. Comunidad como método

La comunidad no es sólo el lugar donde se vive; es la herramienta principal de cambio. La convivencia diaria actúa como un espejo correctivo y formativo: enseña a respetar turnos, aceptar límites, tolerar frustraciones, pedir ayuda, cumplir horarios, recibir observaciones, reparar errores y sostener responsabilidades. En términos conductuales, la comunidad permite repetir, reforzar y consolidar nuevas formas de actuar.

4.4. Progresividad

La rehabilitación no se concibe como un cambio instantáneo, sino como un itinerario por etapas. Primero se estabiliza a la persona; luego se reorganizan sus hábitos; más adelante se fortalecen sus recursos personales, familiares y ocupacionales; finalmente se prepara una salida con mayor autonomía. Esta lógica por etapas favorece la adherencia, disminuye la impulsividad y evita exigir a la persona lo que aún no está en condiciones de sostener.

4.5. Responsabilidad y dignidad

El programa busca recuperar la dignidad de la persona mediante responsabilidad real, no sólo mediante asistencia. Esto supone enseñar a ordenar, limpiar, cocinar, perseverar, asistir, obedecer reglas, respetar a otros, cuidar la palabra dada y sostener un esfuerzo continuo. Desde una perspectiva psicológica, esta responsabilización fortalece autoeficacia, control personal e identidad prosocial.

5. Población objetivo y criterios de atención

REMAR Chile orienta su trabajo a adultos y jóvenes mayores de edad que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, situación de marginación social, ruptura de redes familiares o comunitarias, situación de calle, o antecedentes de privación de libertad. También atiende casos de personas que necesitan una medida de contención residencial y un proceso intensivo de reorganización vital.

La metodología resulta particularmente adecuada cuando la persona necesita más que una atención ambulatoria: necesita estructura, supervisión cotidiana, acompañamiento cercano y un medio social distinto al que sostenía el consumo o la desorganización.

De acuerdo con las normas institucionales, REMAR no funciona como centro clínico especializado en psiquiatría y no reemplaza la red sanitaria. Si durante la permanencia se detectan urgencias médicas, patologías agudas o necesidades de atención especializada, la institución deriva a CESFAM, SAPU, hospital, ambulancia u otras redes pertinentes. Este límite operativo es importante porque protege a la persona y clarifica el rol específico del programa.

6. Objetivos del proceso de rehabilitación

- Interrumpir patrones de consumo, calle, violencia, desorden o dependencia social crónica.
- Proveer un entorno seguro y estructurado que favorezca estabilización y adherencia.
- Reordenar hábitos básicos: sueño, aseo, alimentación, cumplimiento de horarios y autocuidado.
- Fortalecer la regulación conductual: obediencia a normas, control de impulsos y tolerancia a la frustración.
- Desarrollar habilidades de convivencia, respeto y cooperación.
- Favorecer un proceso de restauración espiritual y sentido de vida.
- Promover hábitos de trabajo, responsabilidad y continuidad en tareas.
- Preparar una inserción o reinserción social progresiva, realista y acompañada.
- Vincular a la persona con redes sociales y sanitarias cuando sea necesario.

7. Estructura del proceso comunitario

Aunque cada caso tiene particularidades, el trabajo de la comunidad puede comprenderse en cinco momentos funcionales. Esta descripción es útil para instituciones financiadoras porque muestra que el programa no es una simple residencia, sino una secuencia estructurada de intervención.

7.1. Etapa de acogida e ingreso

En el ingreso se verifica la voluntariedad, se explican las normas, se identifican antecedentes básicos, se informa a la familia o apoderado y se realiza una primera contención. En esta fase la persona suele llegar desregulada, desconfiada o con pensamiento de corto plazo. La función del equipo responsable es reducir incertidumbre, transmitir límites claros y ofrecer una primera experiencia de orden y recepción.

Psicológicamente, esta etapa apunta a contener la ansiedad inicial, disminuir la desorganización y establecer una alianza básica con la comunidad. No se parte exigiendo autonomía total, sino instalando condiciones mínimas de seguridad, pertenencia y previsibilidad.

7.2. Etapa de estabilización

Una vez ingresada, la persona comienza a someterse a la rutina comunitaria. Se regula el descanso, la alimentación, el aseo, la asistencia a reuniones, los tiempos de silencio, las tareas domésticas y las primeras responsabilidades. El objetivo no es castigar sino ordenar; el desorden sostenido suele ser uno de los principales mantenedores de la exclusión.

En esta etapa se trabaja mucho con repetición, observación y corrección simple. La persona aprende de nuevo a levantarse a la hora, cuidar su espacio, pedir permiso, escuchar instrucciones y cumplir tareas concretas. Este aprendizaje, que puede parecer básico, es decisivo para reconstruir funcionamiento adaptativo.

7.3. Etapa de reeducación conductual

Cuando la persona ya tolera la rutina, el trabajo se desplaza hacia conductas más complejas: cumplimiento sostenido, perseverancia, honestidad, responsabilidad frente al grupo, manejo de impulsos y control del discurso autojustificatorio. La comunidad actúa aquí como un contexto de retroalimentación permanente. Las conductas desadaptativas se hacen visibles; también se vuelven visibles los avances.

Desde un enfoque psicológico, esta fase fortalece funciones ejecutivas prácticas: postergar gratificación, seguir una secuencia de acciones, tolerar indicaciones, completar tareas y sostener compromiso. Son competencias esenciales para cualquier reinserción.

7.4. Etapa de habilitación ocupacional y social

En paralelo con la reeducación conductual, la persona participa en actividades productivas, talleres, reciclaje, mantenimiento, cocina, logística u otras tareas de apoyo institucional. Estas actividades se entienden como terapia ocupacional y educativa, no como empleo dependiente. Su finalidad es terapéutica: generar continuidad, sentido de utilidad, esfuerzo, aprendizaje de oficios y valoración del trabajo bien hecho.

Esta etapa busca que la persona deje de verse a sí misma sólo como receptora de ayuda y comience a experimentarse como alguien capaz de contribuir. Tal cambio identitario es uno de los pilares de la recuperación duradera.

7.5. Etapa de proyección e inserción

La fase final del proceso considera la proyección realista de la salida: retorno familiar cuando es posible, vinculación con redes sociales, continuidad laboral u ocupacional, búsqueda de vivienda o residencia, y definición de un plan de vida de corto plazo. No basta con salir físicamente del programa; es necesario salir con un mínimo de estructura interna y red externa.

En términos técnicos, esta etapa se orienta a disminuir riesgo de recaída por desorganización, aislamiento, falta de ingresos, conflicto familiar o regreso a entornos de alto riesgo.

8. Funcionamiento cotidiano de la comunidad

La rutina diaria es una de las piezas centrales del modelo. Las personas con trayectorias de consumo y exclusión suelen vivir bajo ritmos caóticos, inestables o impulsivos. La comunidad terapéutica corrige esto mediante una organización del tiempo que vuelve predecible la vida cotidiana. La previsibilidad reduce ansiedad, baja conflictividad y facilita aprendizaje.

- Horario de levantada y descanso.
- Aseo personal y orden del espacio.
- Desayuno, almuerzo y comida en horarios definidos.
- Devocionales, estudios bíblicos, reflexión y cultos.
- Tareas domésticas y comunitarias.
- Actividades ocupacionales y de capacitación.
- Reuniones grupales y observación comunitaria.
- Espacios de orientación, instrucciones y evaluación del día.

Cada una de estas instancias tiene una función rehabilitadora. El aseo fortalece autocuidado; el horario fortalece organización temporal; la tarea fortalece continuidad; la reunión fortalece pertenencia; la corrección fortalece responsabilidad; la actividad espiritual fortalece sentido y esperanza.

9. Explicación profunda de los componentes del modelo

9.1. Componente espiritual

El trabajo espiritual es un eje constitutivo del modelo y no un complemento accesorio. Se desarrolla a través de devocionales, lectura bíblica, oración, canto, cultos y acompañamiento pastoral. Su finalidad principal es abrir un proceso de cambio interior: reconocer la propia condición, abandonar patrones destructivos, recibir esperanza y construir una identidad nueva.

Desde el punto de vista psicoeducativo, el componente espiritual contribuye en varios niveles. Primero, ofrece un marco de sentido que ayuda a interpretar el sufrimiento, la culpa, la pérdida y la posibilidad de un nuevo comienzo. Segundo, favorece la internalización de normas éticas: verdad, obediencia, respeto, responsabilidad y servicio. Tercero, fortalece la perseverancia, porque muchas personas sólo logran sostener procesos largos cuando los asocian a una convicción profunda.

En la práctica, esto significa que la comunidad no trabaja únicamente sobre la abstinencia, sino sobre la transformación del modo de vivir. La meta no es sólo dejar de consumir, sino aprender a vivir de otra manera.

9.2. Componente conductual

La metodología conductual se expresa en normas claras, consecuencias definidas, repetición de hábitos y observación continua. La comunidad enseña a actuar de manera distinta a través de la práctica diaria, no sólo mediante discursos. Se corrige la mentira, el incumplimiento, la agresividad, la manipulación, el desorden, la irresponsabilidad o la pasividad; al mismo tiempo se refuerza puntualidad, colaboración, esfuerzo, honestidad y perseverancia.

Esto se parece a lo que en psicología conductual se entiende como reestructuración de repertorios de conducta: disminuir respuestas desadaptativas y consolidar respuestas más funcionales. El programa lo hace de un modo comunitario, simple y sostenido, utilizando la vida diaria como escenario de aprendizaje.

9.3. Componente psicoeducativo

Aunque la institución no se define como centro clínico de psicoterapia, sí desarrolla un trabajo psicoeducativo robusto. Este trabajo incluye educación emocional básica, reconocimiento de factores de riesgo, manejo de impulsos, tolerancia a la frustración, aceptación de autoridad, resolución de conflictos, formación de hábitos y fortalecimiento de la autoimagen como persona capaz de cambio.

El aporte psicoeducativo es especialmente importante en personas cuya historia ha estado marcada por abandono, consumo, cárcel o calle, porque muchas veces llegan con pensamiento muy centrado en la urgencia, baja capacidad de planificación y una identidad muy deteriorada. La comunidad, al ofrecer tareas concretas, metas cortas y refuerzo de logros, permite reconstruir gradualmente la percepción de competencia personal.

9.4. Componente socio-ocupacional

La terapia de trabajo ocupa un lugar central en la metodología. No se trata de empleo remunerado ni de explotación de mano de obra, sino de un recurso educativo y terapéutico orientado a la recuperación de hábitos, ritmo, constancia y responsabilidad. Las actividades pueden incluir reciclaje, clasificación, cocina, panadería, mantenimiento, limpieza, apoyo logístico, talleres o labores similares.

Psicológicamente, el trabajo terapéutico tiene varias funciones: disminuye pasividad, organiza el tiempo, fortalece autoestima, enseña a iniciar y terminar tareas, favorece cooperación y otorga experiencia de utilidad real. Socialmente, prepara para la reinserción porque reacostumbra al participante a la lógica del esfuerzo sostenido y del aprendizaje de oficio.

9.5. Componente comunitario y vincular

Uno de los mayores daños producidos por la adicción y la exclusión es el deterioro del vínculo humano: se rompe la confianza, se deteriora la palabra, se instala el engaño, la manipulación o el aislamiento. La comunidad terapéutica trabaja directamente sobre esa dimensión relacional.

Vivir con otros obliga a salir del egocentrismo propio de la conducta adictiva. La persona debe considerar al grupo, respetar espacios, cooperar, escuchar observaciones, pedir perdón, aceptar correcciones y sostener compromisos. Este aprendizaje vincular es esencial, porque una persona puede abstenerse temporalmente y seguir profundamente incapacitada para convivir; en ese caso la recaída social y luego la recaída en consumo siguen siendo probables.

10. Rol de la familia y del apoderado

La familia o el apoderado cumplen un papel relevante. La institución entiende que la recuperación no ocurre en vacío, sino dentro de historias familiares concretas. Por eso el programa considera la presencia del apoderado en el ingreso, la comprensión de las normas, la coordinación de necesidades prácticas y, cuando corresponde, la participación en reuniones establecidas por la comunidad.

El objetivo de este vínculo no es sólo informativo. También busca evitar dinámicas familiares que perpetúan el problema, como sobreprotección, desorden, negación, entrega indiscriminada de dinero o contacto sin límites. Una rehabilitación sólida requiere que el entorno significativo aprenda a acompañar sin desorganizar el proceso.

11. Articulación con la red pública y con otros servicios

REMAR Chile no se concibe como un sistema cerrado, sino como un dispositivo comunitario que debe articularse con la red local cuando la situación lo exige. Esto incluye centros de salud familiar, servicios de urgencia, hospitales, programas municipales, organismos de justicia, dispositivos de calle, oficinas sociales y otros programas de apoyo.

La política pública chilena reconoce que el consumo problemático de alcohol y otras drogas incrementa la vulnerabilidad social y que el tratamiento debe articular múltiples dimensiones y redes. Del mismo modo, las orientaciones para población en situación de calle subrayan la necesidad de intervenciones integrales, de mediano y largo plazo, con habitabilidad garantizada y coordinación intersectorial. En ese marco, el aporte de REMAR es ofrecer un entorno residencial y comunitario estable que facilita adherencia y continuidad.

12. Límites operativos y resguardos institucionales

La claridad de los límites es parte de la seriedad técnica del programa. REMAR no se presenta como centro hospitalario, no administra un tratamiento psiquiátrico integral dentro de la casa y no reemplaza la atención médica especializada. Tampoco define su intervención como relación laboral, ya que las prestaciones de servicio desarrolladas por los participantes son voluntarias y forman parte del proceso rehabilitador.

Esta delimitación protege tanto a la persona usuaria como a la institución. La honestidad institucional es un criterio esencial para cualquier convenio o financiamiento serio.

13. Resultados esperados e indicadores cualitativos de impacto

En un dispositivo comunitario de este tipo, los resultados no deben medirse sólo en abstinencia inmediata. También importa observar cambios en funcionamiento personal y social. Entre los resultados esperados se encuentran:

- Mayor adherencia a un proceso estructurado.
- Reducción de conductas disruptivas o impulsivas.
- Mejoría en autocuidado, higiene y alimentación.
- Incremento de responsabilidad y cumplimiento de tareas.
- Mayor tolerancia a la autoridad y a la vida en norma.
- Mejor convivencia y menor conflictividad interpersonal.
- Adquisición de hábitos de trabajo y aprendizaje de oficios.
- Reconstrucción de vínculos familiares cuando es viable.
- Mayor capacidad de proyectar metas realistas de inserción.

Estos indicadores permiten mostrar a organismos financiadores que el programa produce valor social medible incluso antes del egreso definitivo, porque estabiliza, protege y reorienta trayectorias de alto riesgo.

14. Pertinencia del modelo para ministerios, municipios y financiamiento social

Desde la perspectiva de la política pública, REMAR Chile puede entenderse como un recurso comunitario complementario para poblaciones que muchas veces tienen baja adherencia a dispositivos ambulatorios tradicionales. Su fortaleza principal es combinar contención residencial, acompañamiento 24/7, estructura diaria, trabajo sobre hábitos, soporte espiritual, ocupación con sentido y coordinación con la red.

Para municipalidades, el modelo ofrece una respuesta concreta frente a personas en calle o en exclusión severa. Para ministerios y servicios, aporta una plataforma de continuidad comunitaria. Para empresas y fundaciones, representa una inversión social en rehabilitación con resultados observables en orden, hábitos, inserción y disminución de vulnerabilidad.

15. Conclusión técnica e institucional

REMAR Chile desarrolla una forma de trabajo coherente, intensiva y estructurada, cuyo centro es la comunidad residencial como medio de rehabilitación integral. Su metodología no se limita a quitar una sustancia; reconstruye hábitos, vínculos, identidad, responsabilidad y proyección de vida. Lo hace mediante una combinación de acompañamiento permanente, normas claras, formación espiritual, terapia ocupacional voluntaria y reeducación conductual.

En términos ministeriales y de financiamiento, el valor del modelo está en su capacidad de ofrecer un entorno de adherencia, estabilidad y recuperación para personas que presentan múltiples factores de exclusión. Su aporte social radica en transformar trayectorias de daño en trayectorias de reorganización e inclusión.

ANEXO I. Normas generales de ingreso y permanencia

- El ingreso es voluntario y el interno, junto con su apoderado, debe asumir responsablemente todas las normas y requisitos del programa.
- El ingreso a otras regiones depende de cupos disponibles; el traslado es costado por el interno o su apoderado.
- REMAR es una institución de beneficencia sin fines de lucro; la contribución económica se presenta como ofrenda o colaboración para gastos generales, con consideración de casos de indigencia.
- La rehabilitación aplicada es de carácter conductual y espiritual; no consiste en psicoterapia clínica, y se proyecta prudentemente en un proceso aproximado de un año, dividido por etapas.
- Si el interno presenta accidentes o enfermedades durante la permanencia, será derivado a la red externa correspondiente: posta, consultorio, hospital, urgencia o ambulancia.
- No está permitido el uso de alcohol, tabaco, psicotrópicos, fármacos no prescritos ni sustitutos de drogas; los medicamentos sólo se admiten con indicación médica.
- No existen permisos ordinarios antes del tiempo prudencial del proceso; sólo se contemplan emergencias o gestiones judiciales y, en esos casos, con acompañamiento.
- Durante la rehabilitación no se permite el manejo de dinero personal; si la familia envía recursos, éstos son administrados por el responsable de la comunidad.
- El interno puede ser registrado al ingreso y cuando la dirección lo estime necesario. Son motivos de expulsión el consumo de alcohol o drogas, el robo, la violencia física o psicológica, la formación de grupos conflictivos o el porte de armas.
- El interno debe acatar horarios, actividades y tareas asignadas por el responsable o la directiva.
- La asistencia a reuniones es obligatoria; los familiares deben asistir a reuniones en los tiempos establecidos por la comunidad.
- Las visitas de familiares o apoderados requieren autorización previa del responsable. No se aceptan visitas intempestivas.
- Las llamadas telefónicas sólo pueden recibirse bajo autorización y después del tiempo inicial de permanencia; los celulares, si ingresan, deben ser informados y entregados al responsable.
- Si ingresa una pareja, ambos inician su proceso en ciudades distintas. Si están legalmente casados, deben acreditarlo con documentación.
- Todo asunto judicial pendiente debe informarse al ingreso, incluyendo libertad condicional, firmas u otras medidas.
- Si la persona es portadora de una enfermedad contagiosa, debe informarlo y presentar certificado médico correspondiente.
- Para el ingreso debe traer ropa, sábanas, frazadas, artículos de aseo, cédula de identidad y fotografías, según requerimientos de la comunidad.
- Si el interno procede de otro país, la asociación no asume el costo de retorno; los trámites migratorios sólo se gestionan para misioneros cuando corresponda.
- El interno firma una declaración simple aceptando la metodología cristiana, las normas del programa y la realización de trabajos voluntarios no remunerados de carácter doméstico, ocupacional o de apoyo institucional.

ANEXO II. Base legal y metodológica consultada

Este dossier se elaboró integrando la normativa y documentación institucional aportada por el solicitante, junto con referencias públicas útiles para fundamentar el modelo ante organismos externos.

- Sitio oficial de REMAR Chile: 'Cómo funciona REMAR', 'Normas de ingreso', 'Cómo trabajamos' y antecedentes institucionales.
- SENDA, Programas de tratamiento y orientaciones técnicas para población en situación de calle con consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), Principles of Drug Addiction Treatment.
- WHO / UNODC, International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.

ANEXO COMPLEMENTARIO: DEFINICIÓN Y TIPOS DE MODALIDAD TERAPÉUTICA

Dentro del marco conceptual del programa, es importante precisar el significado del término “terapéutico” y su aplicación en el modelo institucional.

La palabra terapéutico proviene del griego *therapeia*, que significa:

proceso de cuidado, tratamiento o restauración de una persona para mejorar su estado.

Este concepto no se limita exclusivamente al ámbito médico o farmacológico, sino que puede aplicarse a distintas formas de intervención orientadas al bienestar y recuperación de la persona.

Para una mejor comprensión, se distinguen tres grandes modalidades terapéuticas:

1. Terapéutico médico / farmacológico

- Uso de medicamentos
- Tratamientos clínicos supervisados por profesionales de la salud

2. Terapéutico psicológico / clínico

- Intervenciones realizadas por psicólogos o psiquiatras
- Terapias estructuradas de carácter clínico

3. Terapéutico social, comunitario, espiritual y conductual

- Cambio a través del entorno, la convivencia y la estructura comunitaria
- Transformación interior basada en principios espirituales
- Reeduación de hábitos y conductas

El modelo desarrollado por REMAR Chile se enmarca específicamente en la tercera modalidad, es decir, una intervención terapéutica de carácter social, comunitario, espiritual y conductual, orientada a la restauración integral de la persona mediante un proceso de vida en comunidad, disciplina, acompañamiento continuo y cambio de hábitos.

ANEXO III. DEFINICIÓN DEL CARÁCTER TERAPÉUTICO DEL PROGRAMA

El modelo de intervención desarrollado por REMAR Chile es de carácter terapéutico no clínico, entendiéndose como un proceso de restauración integral basado en la transformación espiritual, la reeducación conductual y el acompañamiento comunitario.

Este enfoque no constituye tratamiento médico ni psicológico profesional, ni contempla la aplicación de terapias clínicas ni farmacológicas como herramienta de intervención conductual o emocional.

La intervención se centra en:

- Transformación interior mediante principios espirituales.
- Reeducación de hábitos y conductas.
- Establecimiento de disciplina y estructura diaria.
- Acompañamiento continuo en comunidad.
- Desarrollo de responsabilidad personal y social.

En relación con el uso de medicamentos, la institución no administra tratamientos farmacológicos destinados a la regulación conductual, emocional o del sueño. Únicamente se permite el uso de medicamentos prescritos por un profesional de la salud en casos de enfermedades previamente diagnosticadas, tales como epilepsia, patologías cardíacas u otras condiciones médicas.

El apoyo brindado dentro de las comunidades se basa en el cuidado integral, incluyendo acompañamiento personal, hábitos saludables, descanso adecuado, y apoyo físico no clínico como masajes o cuidados básicos.

En consecuencia, el carácter terapéutico del programa debe entenderse dentro de un marco espiritual, conductual y comunitario, quedando expresamente excluido del ámbito clínico, sanitario o laboral.