



Aprueba Convenio de Colaboración Técnica entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Menores y Gendarmería de Chile para la implementación del “Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al Sistema Penal por ley N°20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de Salud Mental”.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 841

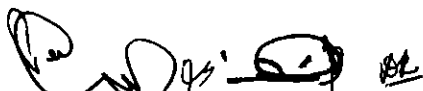
SANTIAGO, 13 DE SEPTIEMBRE DE 2016



VISTO: Lo dispuesto en la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado, fue fijado por el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia; en la Ley N° 20.502 que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2-20.502, de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en la Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; Decreto Supremo N° 47, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 5, de 02 de febrero de 2016, del Ministerio de Salud.; el Decreto Supremo N° 581, de 19 de julio de 2016, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Decreto Supremo N° 578 de 15 de julio de 2016, del Ministerio de Justicia y en el **Decreto Supremo N°611, de fecha 13 de Mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública y;**

CONSIDERANDO:

1.- Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante SENDA, es el organismo encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, de la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.


RPH / MAM / MDT / ALR / RLG / Drc
Distribución:

- 1.- Área de Tratamiento de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
- 2.- Jefe División de Administración y Finanzas SENDA
- 3.- Jefe Área de Gestión Interna SENDA
- 4.- Unidad de Gestión de Planes de Tratamiento SENDA
- 5.- División Jurídica SENDA
- 6.- Unidad de Gestión Documental SENDA
- 7.- Jaime Burrows Oyarzún, Subsecretario de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- 8.- Gisela Alarcón Rojas, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- 9.- Solange Paola Huerta Reyes, Directora Nacional Servicio Nacional de Menores.
- 10.- Jaime Davis Rojas Flores, Director Nacional Gendarmería de Chile.



S-7247/16

2- Que, para tales efectos y para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, podrá vincularse con organismos nacionales que se ocupen de temas propios de su competencia, y celebrar con ello acuerdos y convenios para realizar proyectos de interés común.

3.- Que para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la ley N° 20.502, y de acuerdo a lo establecido en el artículo 19 letra j) en conjunto con la letra c), SENDA se encuentra facultado para celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo; y para impulsar y apoyar técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de Ministerios o Servicios Públicos destinados a la Prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y alcoholismo, y ejecutarlos en su caso.

4.- Que, considerando que existe en el país una creciente demanda por atenciones para personas con problemas derivados del consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas, SENDA, requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental.

5.- Que, dicho lo anterior, con fecha 26 de Julio de 2016, se suscribió entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores y Gendarmería de Chile un convenio de Colaboración Técnica para la implementación del **“Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por la Ley 20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de Salud Mental”**.

6.- Que, procede sancionar el convenio suscrito mediante la dictación del correspondiente acto administrativo, razón por la cual vengo en dictar la siguiente,

RESOLUCIÓN

ARTICULO PRIMERO: Apruébese Convenio de Colaboración Técnica de fecha a 26 de julio de 2016, celebrado entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Menores y Gendarmería de Chile, para la implementación del **“Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por la Ley 20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de Salud Mental”**.

ARTÍCULO SEGUNDO: El texto del convenio que se aprueba por la presente Resolución, es del tenor siguiente:

CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA

SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL
CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL,

MINISTERIO DE SALUD,

SERVICIO NACIONAL DE MENORES

Y

GENDARMERÍA DE CHILE

PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES INGRESADOS AL SISTEMA PENAL POR LEY N°20.084 CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL, DROGAS Y OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

En Santiago de Chile, a **26 de julio de 2016**, entre el **Servicio Nacional para Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, en adelante "SENDA", RUT N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional, don Mariano Montenegro Corona, ambos domiciliados en calle Agustinas N° 1235, piso 9, comuna y ciudad de Santiago; el **Ministerio de Salud**, RUT N° 61.601.000-K, en adelante "MINSAL", representado para estos efectos por el Subsecretario de Salud Pública, don Jaime Burrows Oyarzún y por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ana Gisela Alarcón Rojas, ambos domiciliados en Mac-Iver N° 541, Santiago; el **Servicio Nacional de Menores**, RUT N° 61.008.000-6, en adelante "SENAME", representado por su Directora Nacional doña Solange Paola Huerta Reyes, ambos domiciliados en Huérfanos N° 587, y **Gendarmería de Chile**, RUT N° 61.004.000-4, en adelante "GENCHI", representada por su Director Nacional don Jaime David Rojas Flores, ambos domiciliados en Rosas N° 1.264 de esta ciudad, han acordado el siguiente Convenio de Colaboración Técnica:

PRIMERO: ANTECEDENTES GENERALES

1.- Considerando que existe en el país una creciente demanda por atenciones para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, la que supera la capacidad de respuesta específica desde los sistemas de salud públicos o privados, SENDA, servicio público descentralizado, creado por Ley N° 20.502, y que tiene por finalidad la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental, para cuyo efecto puede solicitar a cualquiera de las instituciones, organismos o servicios de la Administración del Estado, la colaboración, información y asesoría técnica y profesional que estime necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

2.- A su vez, MINSAL, de acuerdo al Libro I del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, lo que incluye, entre otras funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

- a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

Dentro de estas funciones de rectoría se cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan incluye, como uno de sus componentes y prioridades, el Programa de Salud Mental, aprobado por Resolución Exenta N°544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud. Dicho Programa tiene, entre otros objetivos, el de proveer tratamiento y rehabilitación, en todo el territorio nacional, a las personas, beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas, entre las cuales se encuentran las sustancias estupefacientes y sicotrópicas. El citado Programa de Salud Mental es ejecutado por los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos propios, de los establecimientos pertenecientes a la atención primaria municipal y no municipal, y de otros establecimientos privados, asociados bajo convenios celebrados con los Servicios de Salud o por FONASA, en la red de atención territorial correspondiente a cada uno de ellos.

3.- A su turno, SENAME, de conformidad a lo establecido en el Decreto Ley N° 2465, de 1979, es un organismo del Estado, dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por misión contribuir a la promoción, protección y restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes, vulnerados/as o en riesgo de serlo, así como a la adecuada responsabilización y reinserción

social de los adolescentes que hayan infringido la ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del Servicio. Para tales efectos, desarrolla políticas sociales en coordinación con otros actores públicos y privados y ejecuta programas integrales de atención que faciliten una oportuna restitución y reinserción familiar – social, a través de una red de instituciones colaboradoras acreditadas, custodiando la aplicación de un enfoque intersectorial, territorial y de calidad que, como criterio rector, privilegia el interés superior del niño.

4.- Por su parte, GENCHI, de conformidad al Decreto Ley N° 2.859, de 1979 que fija su Ley Orgánica, es un servicio público dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por finalidad atender, vigilar, y contribuir a la reinserción social de las personas que, por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que le señale la ley. Gendarmería busca contribuir a una sociedad más segura, garantizando el cumplimiento eficaz de la prisión preventiva y de las penas privativas o restrictivas de libertad a quienes los tribunales determinen, proporcionando a los afectados un trato digno, acorde a su calidad de persona humana y desarrollando programas de reinserción social que tiendan a disminuir las probabilidades de reincidencia delictual.

5.- En el marco de lo dispuesto en la Ley N° 20.084, que establece un sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal, SENAME es la entidad responsable de administrar las medidas no privativas de libertad y asegurar la existencia en las distintas regiones del país de los programas necesarios para la ejecución y control de las medidas a que se refiere esta ley. Asimismo, le corresponde siempre y en forma directa la administración de los Centros Privativos de Libertad, tanto para adolescentes y jóvenes que cumplen condena como para quienes se encuentran en internación provisoria, así como también los centros semicerrados.

6.- Por otro lado, en el marco de lo establecido en el artículo 56 de la misma ley, las Secciones Juveniles de Gendarmería tienen entre sus objetivos atender a jóvenes condenados a la sanción de internación en régimen cerrado con programa de reinserción social, que durante la ejecución de las sanciones hayan alcanzado la mayoría de edad y les reste por cumplir más de seis meses de la condena; respecto de los cuales el juez de control de la ejecución, luego de haber tenido a la vista el informe fundado emitido por SENAME, haya ordenado su traslado a un recinto penitenciario administrado por Gendarmería de Chile.

7.- En este contexto, y específicamente de acuerdo a lo establecido en los artículos 7, 13, 14, 16, 17 y 56 de la Ley N° 20.084 y en el artículo 237, del Código Procesal Penal, en relación al inciso final del artículo 41 de la Ley N° 20.084, SENDA en conjunto con MINSAL, SENAME y GENCHI, han resuelto implementar un Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, en adelante “el Programa”.

Este Programa se sustenta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud; en la Ley N° 20.084 y su respectivo Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 1.378 de 2006, del Ministerio de Justicia, que establece un Sistema de Responsabilidad de Adolescentes por Infracciones a la ley penal; en las Orientaciones Técnicas que elabora el SENAME para Centros y Programas de infractores de ley; en la Resolución N° 3.315, de 2008, de Gendarmería de Chile, que Aprueba el Manual de Funcionamiento de Secciones Juveniles, y sus modificaciones; en la Resolución N° 3.327, de 2009, de Gendarmería de Chile, que Modifica Resolución N° 3.315 y en el Oficio N° 612 de 2011, de Gendarmería de Chile, que instruye atención de salud en Secciones Juveniles; en la Norma Técnica N° 85, sobre Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, aprobada por Resolución Exenta N° 391, de 3 de Abril de 2006, del Ministerio de Salud, en adelante, “la Norma Técnica” y en el documento denominado “Orientaciones Técnicas: Tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental”, en adelante “Orientaciones Técnicas”.

8.- Para los efectos de implementación del Programa, SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, han acordado suscribir el presente Convenio de Colaboración Técnica, en adelante “el Convenio”.

9.- Las partes comparecientes dejan constancia que velarán para que el presente Convenio se ejecute con pleno respeto de los derechos y garantías establecidos en la Convención sobre Derechos del Niño y los demás instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por Chile que se encuentren vigentes.

SEGUNDO: DEL PROGRAMA Y SUS BENEFICIARIOS

1.- El presente Convenio tiene como principal objetivo generar un trabajo interinstitucional coordinado y eficiente, que promueva y fortalezca el acceso de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084 a un tratamiento de rehabilitación integral de calidad.

2.- El Programa que por este acto se implementa, comprende las siguientes modalidades de atención: Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad, Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre, Tratamiento Residencial en Medio Libre, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre y Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo, según se detalla en la "Norma Técnica" y en las "Orientaciones Técnicas". Comprende además la intervención en Secciones Juveniles, a través de la modalidad de Tratamiento Intensivo o de la intervención especializada de los Equipos Psicosociales contratados por GENCHI. Se podrán incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

Las partes dejan constancia que las siguientes modalidades de atención: Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad, Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre, Tratamiento Residencial en Medio Libre, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre y Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Secciones Juveniles, corresponden a lo que en adelante se denomina "Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación".

3.- Cada Plan de Tratamiento y Rehabilitación contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones indicadas, asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra; prestaciones e intervenciones que se encuentran detalladas en la "Norma Técnica", en las "Orientaciones Técnicas" y en el documento anexo a este Convenio denominado "Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación". Considera además la realización de exámenes de laboratorio que se requieran y la entrega de medicamentos, si corresponde.

Se debe considerar también en la ejecución de los planes de tratamiento los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas y mantención de éstas y equipamiento suficiente.

4.- El Programa de tratamiento y rehabilitación que por este acto las partes acuerdan implementar, tiene por objeto otorgar acceso y cobertura, libre de copago, a adolescentes y jóvenes con consumo problemático de alcohol y/o drogas y otros trastornos de salud mental, que se les haya impuesto una sanción o medida bajo la mencionada ley y considera la atención de los siguientes **beneficiarios**:

- a. Adolescentes y jóvenes sancionados por el juez con penas privativas o no privativas de libertad, a los que además se les haya impuesto como sanción accesoria, la obligatoriedad de someterse a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley N° 20.084.
- b. Adolescentes y jóvenes sancionados con internación en régimen cerrado o en régimen semi cerrado, libertad asistida o libertad asistida especial a los que no habiéndoseles impuesto la sanción accesoria del artículo 7° de la ley N° 20.084, requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o las drogas y accedan voluntariamente a ello.
- c. Adolescentes y jóvenes, que tengan la calidad de imputados, a los que el juez les haya aplicado una medida cautelar personal, ya sea en medio libre o privativo de

libertad y que requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o las drogas y accedan voluntariamente a ello.

- d. Adolescentes y jóvenes imputados con consumo problemático de drogas, a los que se haya aplicado una suspensión condicional del procedimiento, cuya condición sea someterse a un tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas, con o sin condición de Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD).
- e. Jóvenes que se encuentren en las secciones juveniles de recintos penitenciarios administrados por Gendarmería de Chile, a los cuales se les haya aplicado por el juez, como sanción accesoria, la obligación de someterse a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley N° 20.084, o que requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas y accedan voluntariamente a ello.

Los referidos adolescentes y jóvenes deberán ser atendidos en los establecimientos de tratamiento públicos acordados con MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en virtud de contratos de prestación de servicios o convenios de colaboración técnica y financiera, según corresponda; y establecimientos privados que ejecuten meses de planes de tratamiento y rehabilitación que hayan sido seleccionadas en el proceso de licitación respectivo y celebrado contratos de compra de servicios con SENDA en el marco del presente convenio, sin perjuicio de acudir a la contratación directa cuando ésta sea procedente, o convenios de colaboración técnica y financiera, según corresponda.

5.- La implementación de este Programa requiere la participación comprometida de SENDA; de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, constituida como dispone el artículo 17 del DFL N°1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud; de las Direcciones Regionales de SENAME y de GENCHI, para responder de manera integral a las necesidades de los/as adolescentes y jóvenes que lo requieran.

6.- Para los efectos de la coordinación y la toma de las decisiones relativas al funcionamiento y operación que se requieran en la implementación del Programa materia de este Convenio, cada una de las partes, se obliga a designar un representante, según se señala a continuación:

- Por SENDA: Jefe/a de División Programática de SENDA o quien éste/a designe,
- Por MINSAL: Jefe/a del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y Jefes/as de División de Atención Primaria y de Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, ambos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por quienes éstos/as designen.
- Por SENAME: Jefe/a del Departamento de Justicia Juvenil del SENAME, o quien éste/a designe.
- Por GENCHI: Jefe/a del Departamento de Reinserción Social en el Sistema Cerrado, o quien éste/a designe.

TERCERO: DE LAS OBLIGACIONES Y FUNCIONES DE LAS PARTES COMPARECIENTES

I.- Las partes que suscriben el presente Convenio, a través de la Mesa Nacional de Gestión, tendrán como obligaciones y funciones comunes las siguientes:

- a) Diseñar en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión, de asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución de este Programa.
- b) Evaluar, en el mes de julio de cada año, con la información del período enero-junio, el nivel de ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación de acuerdo a lo establecido en los convenios de compra celebrados con los prestadores privados y públicos, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.

- c) Evaluar en el mes de enero de cada año, -si corresponde y según lo establecido en los convenios respectivos- el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores públicos y privados, con la información del período de enero a diciembre, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- d) Evaluar y aprobar, según lo establecido en los convenios celebrados con los prestadores públicos y privados, modificaciones extraordinarias a fin de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- e) Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible en el período de enero a junio, en base al "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento" (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención de los beneficiarios de este Programa.
- f) Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contempla la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.
- g) Analizar conjuntamente si procede, los antecedentes que pudiesen dar lugar a la aplicación de multas con entidades privadas o términos anticipados de convenio con entidades públicas o privadas, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, las Unidades de Justicia Juvenil de SENAME y las Direcciones Regionales de GENCHI u otros hayan hecho llegar a los niveles centrales.
- h) Facilitar la coordinación entre los equipos ejecutores de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados por SENDA, los equipos de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio privativo, con los equipos de centros de administración directa e instituciones colaboradoras de SENAME, así como con los equipos psicosociales de las Secciones Juveniles administradas por GENCHI, promoviendo la integración de las intervenciones.
- i) En el ámbito de sus competencias y de acuerdo a sus funciones, deberán velar para que las entidades que ejecuten los programas, cumplan con la obligación de verificar que el personal que mantenga una relación directa y habitual con los adolescentes beneficiarios del programa, no se encuentre afecto a la inhabilidad absoluta perpetua contemplada en el artículo 39 bis del Código Penal.

II.- Por su parte, SENDA Y MINSAL tendrán como obligaciones conjuntas las siguientes:

- a) Diseñar con la colaboración técnica de SENAME y GENCHI, los planes y modalidades de tratamiento y rehabilitación para adolescentes y jóvenes ingresados por Ley N° 20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental, beneficiarios del Programa.
- b) Realizar la evaluación y asesoría técnica, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de Calidad", con la colaboración técnica de SENAME y GENCHI, a los programas o centros públicos y privados, que otorguen tratamiento y rehabilitación, de conformidad a lo dispuesto en los convenios de colaboración técnica y financiera celebrados con entidades públicas y en los contratos o convenios de compra de servicios que haya celebrado con entidades públicas y privadas, en el marco del Programa, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios.
- c) Evaluar y definir la selección o continuidad según corresponda de los prestadores públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado "De la Asignación y Selección

de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación”, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales y a la información y antecedentes que aporten las Unidades de Justicia Juvenil de SENAME y las Direcciones Regionales de GENCHI, para su posterior contratación, según corresponda.

- d) Definir las líneas de servicio para establecimientos privados que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado “De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación”, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales; y a la información y antecedentes que aporten las Unidades de Justicia Juvenil de SENAME y las Direcciones Regionales de GENCHI, según corresponda.
- e) Evaluar, según lo estipulado en el documento denominado “Gestión de la Calidad”, los aspectos técnicos del Programa, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, según el documento.

III.- Por su parte, SENAME Y GENCHI tendrán las siguientes obligaciones:

- a) Colaborar técnicamente en el diseño de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación y de las demás modalidades de tratamiento y rehabilitación contempladas en el Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, beneficiarios del Programa.
- b) Aportar antecedentes e información necesaria para la definición que realizan en conjunto SENDA y MINSAL, sobre la incorporación o eliminación de los establecimientos públicos que otorgarán las diversas modalidades de atención contempladas en este Programa y de las líneas de servicio para establecimientos privados, según el procedimiento establecido en el número 2 de la cláusula cuarta de este Convenio, denominado “De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación”.
- c) Aportar antecedentes para las asignaciones y reasignaciones, en conformidad a lo establecido en cláusula cuarta del presente convenio.
- d) Aportar antecedentes e información necesaria para la realización de los procesos de asesoría y evaluación del Programa que por este acto se implementa.
- e) Aportar antecedentes e información necesaria para el diseño de procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalado en el número 2, de la Cláusula cuarta de este convenio. Asimismo, participarán, si fuere necesario, con asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas, en las respectivas licitaciones.

IV.- Obligaciones propias de SENDA:

- a) En virtud de este Convenio, SENDA se compromete a destinar parte de los recursos asignados en la respectiva Ley de Presupuestos, a apoyar el desarrollo del Programa de Salud Mental que en materia de rehabilitación y tratamiento de adolescentes y jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N°20.084, afectados por el consumo de sustancias psicotrópicas y otros trastornos de salud mental, correspondan a las políticas y planes definidos en dicha materia por MINSAL y la “Norma Técnica”.
- b) Elaborar, celebrar, modificar, aplicar multas y sanciones y poner término, cuando corresponda, a los convenios celebrados con entidades públicas y privadas; y a los contratos de compra de servicios, celebrados con entidades públicas y privadas, de conformidad a las facultades y procedimientos que se determinen en la cláusula tercera de este instrumento.

- c) Pagar a las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios de compra de servicios para el otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en este Programa.
- d) Administrar y mantener disponible el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) que contiene la información de los registros de prestaciones y reportes asociados a dichos registros.
- e) Realizar la supervisión del cumplimiento de los contratos del Programa, a fin de resguardar que los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados por los respectivos prestadores públicos y privados, se desarrollen de acuerdo a lo establecido en los convenios o contratos suscritos con SENDA y cautelar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, legales y reglamentarias, que regulan el desarrollo de los programas de tratamiento.
- f) Adoptar las medidas administrativas necesarias, orientadas a poner en conocimiento de la autoridad competente, el resultado de las visitas realizadas y subsanar las observaciones advertidas.
- g) Iniciar de oficio, las acciones administrativas y judiciales que procedan, incluyendo la ejecución de las garantías, cuando exista incumplimiento de las obligaciones contraídas por las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios.
- h) SENDA se obliga a elaborar y entregar a MINSAL, SENAME y a GENCHI, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los establecimientos de salud públicos y privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año. Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, durante el año 2016, no se remitirá el mencionado informe de avance.
- i) Realizar, a través de sus direcciones regionales, un informe de monitoreo de resultados de tratamiento por programa, considerando la información disponible en SISTRAT, en los meses de julio y enero de cada año.
- j) Comunicar a MINSAL, SENAME y GENCHI, en cuanto se encuentre disponible, la información recopilada de otras entidades públicas y privadas, de la sociedad en general o de estudios especialmente realizados, acerca de los aspectos en los que el Programa materia de este Convenio, deba acentuar su acción y alcances, de modo de ampliar la cobertura en forma priorizada y focalizada.

V.- Obligaciones propias del Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud, en su rol de ente normativo y regulador de las políticas nacionales de salud y de supervisor de la articulación y gestión de las redes asistenciales, tendrá a través del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial y del Departamento Modelo de la División de Atención Primaria, ambos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como funciones u obligaciones las siguientes:

- a) Aprobar por Oficio de Subsecretaría de Redes Asistenciales, las modificaciones de convenios con prestadores públicos y privados para aumentar o disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, como también la continuidad o incorporación de los establecimientos públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación.
- b) Colaborar técnicamente en el diseño de los procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalado en el número 2, de la Cláusula cuarta de este convenio. De igual forma, participará, si fuere necesario, con

asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas, en las respectivas licitaciones.

- c) Supervisar, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que faciliten y promuevan la integración de la intervención entre los programas especializados de tratamiento de drogas, los equipos socioeducativos dependientes de SENAME y los equipos psicosociales dependientes de GENCHI.
- d) Supervisar, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que en su calidad de gestores de redes, transfieran los recursos a los establecimientos de su red asistencial, de acuerdo a convenios que se suscriban entre los respectivos Servicios de Salud y dichos establecimientos, todo ello, en el marco de las disposiciones de este Convenio, de la "Norma Técnica" y de las "Orientaciones Técnicas".
- e) Velar por el cumplimiento de las políticas y normas de salud mental, así como dar a conocer documentos técnicos emitidos por MINSAL y el marco regulatorio y legal al que están sujetas las prestación en tratamiento y rehabilitación, u otras temáticas asociadas, a través de sus Secretarías Regionales Ministeriales.
- f) Entregar insumos a nivel nacional y regional, en forma periódica, de la situación en materia de drogas y alcohol, de grupos y factores de riesgo y de prioridades definidas, a través de la Subsecretaría de Salud Pública y las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales.
- g) Colaborar en los procesos de supervisión de cumplimiento de contratos que SENDA deba realizar en el marco de la implementación y ejecución del Programa, en virtud de los convenios de colaboración o contratos de compra suscritos en el contexto del presente acuerdo de voluntades.

VI.- Obligaciones propias de SENAME:

En el marco de la implementación de este Programa, le corresponderá al SENAME ejercer las siguientes funciones:

- a) Colaborar en materias específicas que se le solicite, en el monitoreo y asesoría técnica que realizan en conjunto MINSAL y SENDA, a las entidades públicas que otorguen Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio privativo o tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol en secciones juveniles, y a las entidades públicas y privadas que otorgan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, contemplados en los convenios que SENDA haya celebrado con las mismas, en el marco del Programa, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de la Calidad". El referido apoyo se deberá materializar tomando conocimiento, a través de medios escritos disponibles o en terreno, según se le solicite, respecto de los resultados de la asesoría y funcionamiento del programa, a fin de emitir opinión técnica pertinente al rol de SENAME.
- b) Asegurar disponibilidad y uso de infraestructura, equipamiento e implementación, para el funcionamiento de los equipos clínicos ejecutores destinados, por una parte, a las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, en aquellos centros que cuenten con dichos dispositivos y, por otra, a los ejecutores de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ambulatorios Intensivos, para la adecuada implementación del Programa en los centros privativos de libertad.
- c) Instruir y asesorar a los equipos de centros de administración directa e instituciones colaboradoras de SENAME, a través de sus Orientaciones Técnicas u otros documentos técnicos, sobre la importancia de la integración de la intervención de los programas especializados de tratamiento de drogas u otros aspectos relevantes para la implementación de este convenio.
- d) Remitir semestralmente a la Dirección Nacional de SENDA y a MINSAL el catastro de la oferta programática para la ejecución de las medidas y sanciones que administra directamente el SENAME o a través de organismos colaboradores para la atención de

adolescentes o jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084, que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en la cláusula primera de este Convenio, en lo relativo a los beneficiarios del mismo.

VII.- Obligaciones propias de GENCHI

En el marco de la implementación de este Programa, le corresponderá a GENCHI ejercer las siguientes funciones:

- a) Colaborar, en materias específicas que se le solicite, en el monitoreo y asesoría técnica que realizan en conjunto MINSAL y SENDA, de las entidades públicas que otorguen Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio privativo o tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol en secciones juveniles, a través de duplas especializadas, y de las entidades públicas y privadas, que otorgan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, contemplados en los convenios que el SENDA haya celebrado con las mismas, en el marco del Programa, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de la Calidad". El referido apoyo se deberá materializar tomando conocimiento, a través de medios escritos disponibles o en terreno, según se le solicite, respecto de los resultados de la asesoría y funcionamiento del programa, a fin de emitir opinión técnica pertinente al rol de GENCHI.
- b) Asegurar la disponibilidad y el uso de infraestructura, equipamiento e implementación, para el funcionamiento de los equipos clínicos de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ambulatorios Intensivos, para la adecuada implementación del Programa en las Secciones Juveniles.
- c) Instruir y asesorar a los equipos técnicos vinculados a las Secciones Juveniles y a los equipos ejecutores de los convenios de colaboración técnica y financiera suscritos con GENCHI, a través de sus Orientaciones Técnicas u otros documentos técnicos, sobre la importancia de la integración de la intervención u otros aspectos relevantes para la implementación de este convenio.
- d) Promover y asegurar que el trabajo de los equipos de las Secciones Juveniles se ajuste a lo establecido en este Convenio y sus documentos anexos, cumpliendo con los procesos y procedimientos definidos.

CUARTO: DE LOS PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

1. Del Diseño y Elaboración de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Dentro de las competencias y atribuciones que le confiere a MINSAL el D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del mismo Ministerio, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, y en apoyo del Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, los meses de planes y demás modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, que serán otorgados por los prestadores públicos y privados en convenio, serán los diseñados por SENDA y el MINSAL, con la colaboración técnica de SENAME y GENCHI.

El Programa contempla la ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación para adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084 en las siguientes modalidades: Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad, Ambulatorio Intensivo en Medio Libre, Residencial en Medio Libre, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre y Tratamiento Intensivo en Secciones Juveniles, según se detalla en la "Norma Técnica", en las "Orientaciones Técnicas" y en el documento "Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación", documentos técnicos que se acompañan a este Convenio.

Contempla además la suscripción de un convenio de colaboración técnica y financiera con GENCHI, para la asesoría y capacitación para los equipos licitados por dicha institución, quienes entre su quehacer deberán brindar tratamiento de consumo problemático de drogas y alcohol para jóvenes sancionados, que en virtud de lo dispuesto del artículo 56 de la Ley N° 20.084, ingresen a las secciones juveniles de los establecimientos penitenciarios.

Asimismo, incorpora la modalidad de hospitalización de cuidados intensivos de psiquiatría en centros privativos de libertad, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos, los que pueden implementarse a través de la suscripción de convenios de colaboración técnica y financiera entre SENDA y los respectivos Servicios de Salud.

Los referidos planes y modalidades de atención, deberán incluir los requisitos establecidos en el artículo 31, del Decreto Supremo N° 1.378, de 2006, del Ministerio de Justicia, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 20.084.

Cada plan de tratamiento y rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales se encuentran detalladas en los documentos denominados "Norma Técnica", "Orientaciones Técnicas" y en el documento "Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación", documentos técnicos que se acompañan a este Convenio. Asimismo, se pueden incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

El diseño de los planes y de otras modalidades de intervención debe considerar también los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas y mantención de éstas y equipamiento suficiente.

Para el caso de los convenios de compra de servicios, el servicio que comprará SENDA a las entidades públicas y privadas es un mes de plan de tratamiento y rehabilitación.

En el caso de los convenios de colaboración técnica y financiera suscritos con Servicios de Salud y GENCHI, el financiamiento incluye la contratación de recurso humano especializado, así como equipamiento, gastos operacionales y financiamiento de actividades para cada modalidad de intervención específica. Como también puede incluir gastos de habilitación en aquellos casos financiados por Fondo Especial, de conformidad a la normativa vigente.

2. De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación

Se entenderá por asignación el listado de meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a diferentes programas, para ser ejecutados por los prestadores seleccionados, tanto públicos como privados; para lo cual se requiere las siguientes etapas:

- Propuesta de Asignación
- Selección de los Prestadores Públicos y Privados
- Definición de Planilla de Asignación

2.1 Propuesta de Asignación

Es la definición de los meses de planes a ejecutar, en los diferentes lugares del país, en base a las siguientes consideraciones, entre otras:

- a) La variabilidad con que se presenta regionalmente el problema;
- b) La caracterización de la población y del consumo de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- c) Necesidades de poblaciones específicas (mujeres, pueblos originarios, migrantes, etc.);
- d) Características particulares del territorio;
- e) Brecha existente entre demanda y oferta de tratamiento para esta población;
- f) Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- g) Accesibilidad física;
- h) Número de planes que permitan la adecuada implementación y desarrollo del programa de tratamiento y el logro de los objetivos terapéuticos (número máximo y mínimo de personas);
- i) Información de demanda potencial de atención en cada provincia, región y/o jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, que considere entre otros, los antecedentes aportados por las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, las Unidades de Justicia Juvenil y las Direcciones Regionales de GENCHI.

- j) Resultados de la evaluación técnica de los prestadores, apreciación regional y nacional de desempeño técnico y financiero de dicho programa, opinión técnica de SENAME y GENCHI, además de otras informaciones que se estimen relevantes, en caso de continuidad de prestadores públicos.

Lo anterior conlleva una propuesta consolidada y acordada desde el nivel regional, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos, con la opinión técnica de SENAME y GENCHI, la que se informa a los niveles nacionales respectivos de SENDA y MINSAL, para su evaluación y definición por parte de las instituciones firmantes de este Convenio.

2.2 Selección de los Prestadores Públicos y Privados

En relación a los prestadores existen procesos de selección diferentes según si son públicos o privados.

En el caso de los públicos, una vez definida la propuesta de asignación, se revisa la factibilidad de implementación de los posibles ejecutores, a fin de definir la Planilla de Asignación de Meses de Planes de Tratamiento. Con esta Planilla se procede a la compra de servicios por parte de SENDA a entidades públicas, mediante la contratación directa para la ejecución de meses de planes de tratamiento.

En el caso de los oferentes privados, SENDA debe realizar Licitaciones Públicas para la compra de servicios a entidades privadas, por lo que la propuesta de asignación sirve para definir las Líneas de Servicio del Proceso. Una vez adjudicadas las líneas según corresponda, SENDA realiza la contratación de los adjudicatarios y, si procede, la contratación directa de los planes de tratamiento a ejecutar por entidades privadas, debiendo en tal caso fundamentarse la causal para proceder de tal forma, de conformidad a lo dispuesto en la ley N° 19.886 y su Reglamento. Este proceso permite definir la Planilla de Asignación y sus posteriores modificaciones, si corresponden.

Cabe destacar, que independiente de la forma de contratación de los servicios por parte de SENDA con los prestadores (contratación directa o adjudicación por licitación) se debe resguardar la continuidad de la atención de las personas usuarias, cuando corresponde.

2.3 Planilla de Asignación

Es la definición final que consolida todos los prestadores públicos y privados que ejecutan meses de planes de tratamiento y rehabilitación en el marco del Programa motivo de este Convenio y a los cuales SENDA compra servicios.

Cabe mencionar que esta Planilla de Asignación está sujeta a las disponibilidades presupuestarias que tenga SENDA, por lo que se debe oficializar en diciembre de cada año y requiere de la aprobación de MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para los prestadores públicos, luego de lo cual se informa a SENAME y GENCHI.

Se deja constancia que esta Planilla de Asignación puede ser modificada en otros momentos del año, ya sea por cambiar asignaciones a los prestadores y/o integrar oferentes nuevos, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio. En el caso de modificación de la Planilla por cierre de Convenio con algún prestador público o privado, SENDA debe informar mediante oficio a MINSAL, SENAME y GENCHI.

2.4 Asignación por Transferencias de Recursos

El Programa contemplado en este instrumento considera además, para su implementación, tal como se señaló en el número 1 anterior, la suscripción de convenios de colaboración técnica y financiera con entidades públicas a fin de otorgar, por un lado, hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría en centros privativos de libertad y, en el caso de las Secciones Juveniles, asesoría y capacitación a los equipos licitados por Gendarmería que brindan tratamiento del consumo de drogas y alcohol.

Se podrán incluir a su vez, otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

3. Del Mecanismo de Financiamiento, Facturación y Pago de los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

SENDA comprará los meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación incluidos en el Programa, exclusivamente a entidades públicas y privadas que hayan resultado seleccionadas, conforme al procedimiento señalado en el número 2 anterior.

SENDA, suscribirá contratos de Compra de Servicios directamente con los establecimientos públicos y con las entidades privadas que hayan resultado seleccionadas en el proceso de licitación respectivo o mediante su contratación directa, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a los procedimientos señalados en el número 2 anterior, los cuales otorgarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación.

SENDA comprará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación por tipo de plan a los precios unitarios que, para estos efectos, estarán definidos en los contratos de compra de servicios que suscribirá con las entidades públicas y privadas.

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente ejecutado y válido para pago, cuando corresponda a beneficiario del presente convenio, según lo establecido en la cláusula segunda y tenga el registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de las prestaciones definidas en documento anexo Glosario SISTRAT.

SENDA pagará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en el presente Convenio efectivamente ejecutados por cada entidad prestadora, contra presentación de la factura respectiva de cada mes, así como de la prefacturación otorgada por el sistema SISTRAT.

El proceso de pago al prestador se realizará mensualmente, en la medida que SENDA reciba las facturas debidamente emitidas y todos aquellos documentos complementarios que se exijan acompañar a los prestadores.

4. Del Sistema de Registro, Control y Gestión

4.1 Sobre los Registros

Los prestadores públicos o privados, que ejecuten las diversas modalidades de atención contempladas en este Programa, deberán llevar registros de las personas atendidas, su caracterización, las atenciones otorgadas y las evaluaciones de sus procesos.

Con tal objetivo, tales programas tendrán a su disposición un software denominado "SISTRAT", con su respectivo Glosario, que permite registrar e informar el tratamiento y rehabilitación realizado mensualmente, las prestaciones realizadas y los indicadores del proceso terapéutico. En este sentido, el SISTRAT constituye: a) un instrumento de monitoreo y seguimiento técnico del programa, b) un instrumento de control del cumplimiento de los convenios suscritos por SENDA con las entidades públicas y las entidades privadas, c) una fuente de información periódica acerca de los resultados del programa y de otros antecedentes necesarios para los procesos de asignación, reasignación y/o modificación de convenios que el presente Convenio establece, entre otros.

En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información en SISTRAT durante el mes de registro correspondiente, ya sea por causas atribuibles a la administración del mismo o errores de usuario, el programa deberá reportar a SENDA Regional vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

En caso de término de convenio, el programa de tratamiento debe gestionar la derivación de los usuarios cuando corresponda, resguardando la continuidad de la atención, lo que deberá ser oportunamente registrado en SISTRAT. Así mismo, si al momento de cesar el convenio, y según las necesidades del usuario éste no es derivado, la causa de egreso debe ser también

registrada de manera oportuna en SISTRAT para dar cierre en el SISTEMA y evitar dificultades de ingreso en un nuevo programa, si corresponde.

4.2 Sobre la Supervisión del Cumplimiento de los Contratos

SENDA realizará la supervisión del cumplimiento de los contratos a los Programas o Centros de Tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, en conformidad a lo establecido en el documento denominado "Supervisión de Cumplimiento de contratos de los Centros de Tratamiento".

Para lo anterior, SENDA realizará visitas de inspección destinadas a supervisar el correcto cumplimiento de los convenios y de las normas que regulan la prestación de meses de planes de tratamiento, de acuerdo a los contratos establecidos y el documento anteriormente señalado.

SENDA se obliga a elaborar y entregar MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes asistenciales y de Salud Pública, a SENAME, a través del Departamento de Justicia Juvenil y a GENCHI, a través del departamento de Reinserción Social en el Sistema Cerrado, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los establecimientos de salud públicos y privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año. Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, durante el año 2016, no se remitirá el mencionado informe de avance.

5. De la Coordinación para la Gestión del Convenio

Para coordinar la gestión de este convenio, habrá una Mesa Nacional que estará conformada por:

- SENDA: representado por el(la) Jefe(a) de la División Programática de SENDA o quien éste(a) designe.
- MINSAL: representado por el(la) Jefe(a) del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y Jefes/as de División de Atención Primaria y de Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, ambos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por quienes éstos(a)s designen.
- SENAME: representado por el(la) Jefe(a) del Departamento de Justicia Juvenil, o quien éste(a) designe.
- GENCHI: representado por el (la) Jefe(a) del Departamento de Reinserción Social en el Sistema Cerrado, o quien éste(a) designe.

Cualquier modificación de los representantes antes señalados o designación de otro para su participación en esta instancia, deberá informarse a la Mesa Nacional, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la modificación o designación.

Las funciones de la referida Mesa Nacional serán las siguientes:

- a) Acompañar la implementación general del programa y gestionar todo lo relacionado a su buen funcionamiento en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos operacionales.
- b) Participar en el diseño y definiciones de los programas y modalidades de intervención, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, la experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- c) Participar en el diseño y definiciones de orientaciones o lineamientos técnicos, que aporten al desarrollo del Programa, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- d) Analizar y apoyar en la resolución de dificultades o problemáticas que surjan en la implementación del programa materia de este convenio y que superen la gestión regional.

- e) Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial y/o a distancia, a las Mesas Regionales de este Convenio, en relación con la implementación del Programa a lo largo del país.
- f) Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial y/o a distancia, según sea necesario y en coordinación con la Mesa Regional, a equipos que ejecutan programas de tratamiento.
- g) Formular la opinión técnica para la definición de la incorporación y la asignación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los prestadores de establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones técnicas y de gestión, descritas en el punto 2.1. Asimismo, para la definición y elaboración de las bases técnicas para la licitación que selecciona a los prestadores privados.
- h) Entregar la opinión técnica sobre eventuales reasignaciones, modificaciones de convenios y/o términos de convenios, según el procedimiento establecido en este Convenio y en los convenios de colaboración suscritos con entidades públicas o en los contratos de compra suscritos con los prestadores públicos y privados, en consideración a la información que emane de las Direcciones Regionales del SENDA, de los Servicios de Salud respectivos, de las Unidades Regionales de Justicia Juvenil y de las Direcciones Regionales de GENCHI.
- i) Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible en el período de enero a junio, en base al "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento" (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención de los beneficiarios de este Programa.
- j) Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contempla la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.

La coordinación de esta Mesa implica sesiones una vez por semana, además de las gestiones y acuerdos asumidos que impliquen presencia a nivel regional en reuniones de asesoría a equipos de SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI. Esto sin perjuicio de mantener coordinaciones permanentes, a través de contactos telefónicos, correo electrónico u otros medios. Las reuniones semanales podrán ser suspendidas por acuerdo de las partes integrantes de la mesa y existiendo razones fundadas.

Asimismo, habrán Mesas Regionales de coordinación, que estarán conformadas por:

- Representante/s Área de Tratamiento de la Dirección Regional SENDA.
- Representante/s de la Unidad de Salud Mental de él o los Servicios de Salud respectivos.
- Referentes de Salud Mental o Encargados de Drogas y Alcohol de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Representante/s del Área Técnica Regional de GENCHI o quien éste designe.
- Representante/s Unidad de Justicia Juvenil de las Dirección Regional de SENAME.

Se sugiere, existiendo la factibilidad, se incorpore a representante/s de Atención Primaria de Salud (APS) del o los Servicio(s) de Salud respectivos, con el fin de incluir en la mirada de la intervención de salud de los adolescentes y jóvenes todas aquellas variables asociadas a salud integral vinculadas a la atención primaria.

El funcionamiento de las referidas Mesas Regionales se encuentra descrito en el documento anexo a este Convenio, denominado "Mesas Regionales de Gestión del Convenio".

6. Del Proceso de Reasignación de Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Se entenderá por reasignación, las modificaciones en los meses de planes de tratamiento y rehabilitación originalmente asignados de acuerdo a la Planilla de Asignación definida, que existieren durante la ejecución de este Programa, derivadas del nivel de cumplimiento en la ejecución de los meses de planes de tratamiento en convenio y considerando elementos de la supervisión y asesoría efectuada a cada programa.

La reasignación, tanto de establecimientos públicos como privados, será propuesta por las Mesas Regionales de Gestión del Convenio y enviada al nivel nacional de MINSAL -a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales- y de SENDA, quienes evaluarán la propuesta, con la opinión técnica de SENAME y GENCHI y definirán las modificaciones según corresponda, debiendo contarse además con la aprobación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para la reasignación se tendrán en consideración los resultados y tendencias que surjan del proceso de evaluación y asesoría técnica, considerando la información emanada de las Direcciones Regionales del SENDA, de los Servicios de Salud y SEREMIS y de los informes de supervisión de cumplimiento de contratos que realice el SENDA, además de otras informaciones que se estimen relevantes, principalmente aquella aportada por las Direcciones Regionales de SENAME y de GENCHI.

En base a lo anterior, cuando corresponda, de acuerdo a lo establecido en contratos con los prestadores públicos y privados, en los meses de julio y enero de cada año se efectuará una evaluación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados al 30 de junio y al 31 de diciembre, respectivamente. En base a dichas evaluaciones, SENDA y el Ministerio de Salud, con la opinión técnica de SENAME y GENCHI, podrán efectuar modificaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a estas instituciones.

Una vez resuelta la reasignación por SENDA, en conjunto con el MINSAL y la opinión técnica de SENAME y GENCHI, SENDA informará a la entidad pública o privada que corresponda y realizará la modificación al respectivo Convenio de Compra de Servicios, de acuerdo a la Ley N° 19.886 y su reglamento, en lo que resulte aplicable. En el caso de establecimientos dependientes o subcontratados por los Servicios de Salud, será dicho servicio el encargado de informar a los programas sujetos a reasignación y a la Mesa Regional.

Cabe señalar, que por razones de buen servicio, se podrá excepcional y fundadamente evaluar en períodos distintos a los señalados precedentemente, el porcentaje de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan esperado al período evaluado, según se defina, utilizando los mismos criterios y procedimientos antes señalados, para el aumento o disminución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan.

7. Del Proceso de Término de Contrato con las Entidades Ejecutoras

En los contratos de Compra de Servicios, así como en los convenios de transferencia de recursos o colaboración celebrados con entidades públicas y privadas, SENDA deberá establecer cláusulas reservándose el derecho de poner término en forma anticipada al respectivo contrato, pudiendo invocar, entre otras, las siguientes causales: por resciliación o mutuo acuerdo de las partes; por exigirlo el interés público o la seguridad nacional; caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo; ausencia o revocación de la autorización sanitaria cuando corresponde; falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas; por incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador; por vulneración de los derechos de los usuarios; falta grave y deliberada de veracidad de la información registrada en SISTRAT; cobros improcedentes a los(as) beneficiarios(as) de los planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

Con todo, SENDA deberá establecer los mecanismos necesarios de resguardo del patrimonio institucional, para el caso de producirse el término anticipado del contrato o convenio, así como también del proceso terapéutico de los usuarios y la continuidad del mismo.

Para los efectos anteriormente mencionados se considerará, entre otras, como fuente de información los resultados del seguimiento y monitoreo de la gestión técnica, la supervisión del cumplimiento de los contratos y/o la información levantada en las mesas regionales y la mesa nacional de gestión del Convenio.

8. De la Evaluación del Programa

La evaluación del Programa se realizará con la participación de las partes comparecientes que suscriben este convenio, mediante la emisión de los siguientes informes:

- Informes de supervisión de convenios realizada por parte de SENDA a los prestadores que ejecutan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, durante los meses de agosto y febrero de cada año.
- Informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico que deberán realizar SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, durante el mes de agosto de cada año, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30 de junio, en base a los sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- Informe técnico de evaluación anual del Programa, que deberá emitir SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, en el mes de marzo de cada año, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año anterior. Para tal efecto, se tomarán en consideración la evaluación que cada región realiza de sus programas, la información disponible en el SISTRAT u otros, pudiendo integrar la información entregada por la evaluación realizada por las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Informes Regionales de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, en los meses de Julio y Enero de cada año. Para éstos se considerará la información disponible en SISTRAT.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes comparecientes podrán emitir y entregar otros informes debidamente sustentados.

QUINTO: Las partes dejan constancia que el presente convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio y a efectos de dar continuidad y eficacia a este Programa, las partes reconocen la implementación del mismo a partir del día 1 de abril de 2016.

La vigencia de este convenio de Colaboración Técnica será indefinida, sin perjuicio de las modificaciones que puedan realizar las partes de común acuerdo y a la facultad unilateral de cualquier una de ellas, de ponerle término en cualquier momento, por medio de una carta certificada, debidamente fundada. Con todo, la carta deberá ser remitida a todas las partes, con a lo menos, noventa días corridos de anticipación a la fecha del término del convenio.

SEXTO: La propiedad intelectual de los productos que se originen con ocasión de la ejecución de este Convenio, pertenecerán conjuntamente a SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, quienes arbitrarán las medidas pertinentes para cautelar su dominio, reservándose el derecho para autorizar su producción o difusión.

SÉPTIMO: DOCUMENTOS ANEXOS

Las partes dejan constancia que los documentos anexos que a continuación se detallan forman parte integrante del presente convenio, y son conocidos y aceptados por ellas:

1. Norma Técnica
2. Orientaciones Técnicas
3. Mesas Regionales de Gestión del Convenio
4. Gestión de la Calidad.
5. Supervisión de Convenios SENDA- MINSAL- SENAME- GENCHI
6. Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación
7. Glosario Técnico SISTRAT

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio, éstos podrán ser modificados y/o se podrán agregar otros documentos anexos, por acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión del Convenio.

OCTAVO: DOMICILIO

Las partes declaran que se encuentran domiciliadas en la comuna de Santiago y que se someten a la jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

NOVENO: PERSONERÍAS

La representación con la que comparece don Mariano Montenegro Corona, como Director Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, consta de su nombramiento aprobado por Decreto Supremo N° 611, de 13 de mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

La representación con que comparece don Jaime Burrows Oyarzún como Subsecretario de Salud Pública consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 47, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.

La representación con que comparece doña Ana Gisela Alarcón Rojas como Subsecretaria de Redes Asistenciales, consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 5, de 02 de febrero de 2016, del Ministerio de Salud.

La representación con que comparece doña Solange Paola Huerta Reyes, como Directora Nacional del Servicio Nacional de Menores, consta en lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 581, de 19 de julio de 2016, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

La representación con que comparece don Jaime David Rojas Flores, como Director Nacional de Gendarmería de Chile, consta en el Decreto Supremo N° 578 de 15 de julio de 2016, del Ministerio de Justicia.

Siendo ampliamente conocidas de las partes las personerías antedichas, éstas han estimado innecesaria la inserción de los documentos de sus respectivas designaciones en el presente instrumento.

DÉCIMO: EJEMPLARES

Se deja constancia por las partes que el presente Convenio se firma en 5 (cinco) ejemplares de idéntico tenor y contenido, quedando una copia de éste en cada compareciente.

Firman: **Jaime Burrows Oyarzún**, Subsecretario de Salud Pública, Ministerio de Salud; **Gisela Alarcón Rojas**, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud; **Solange Paola Huerta Reyes**, Directora Nacional Servicio Nacional de Menores; **Jaime Davis Rojas Flores**, Director Nacional Gendarmería de Chile; **Mariano Montenegro Corona**, Director Nacional Servicio Nacional Para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

ANEXOS



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

NORMA TECNICA No 85

**PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE
LEY CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL - DROGAS Y OTROS
TRASTORNOS DE SALUD MENTAL**

**RESOLUCIÓN EXENTA No 391
3 de ABRIL de 2006
MINISTERIO DE SALUD - CHILE**

RECONOCIMIENTOS

La Norma Técnica para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos de Salud Mental, fue elaborada bajo la dirección del Dr. Alberto Minoletti S. Jefe del Dpto. de Salud Mental del Ministerio de Salud, de la Sra. María Teresa Chadwick, Directora de la Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, y la Sra. Delia del Gatto, Directora del Servicio Nacional de Menores.

Edición

Sra. Patricia Narváez Espinoza Enfermera Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud
Sra. M Angélica Caprile A. Asistente Social Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud
Sra. Irma Rojas Enfermera Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud
A.S Isabel León, Programa de Infractores, del Area de Salud, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción de CONACE.

Grupo Técnico Coordinador

CONACE

Dr. Mariano Montenegro Medico Psiquiatra, Jefe del Area Salud, Tratamiento , Rehabilitación y Reinserción de CONACE
Dra. Fany Pollarolo Villar Médico Psiquiatra, encargada del Programa de Infractores, del Área de Salud, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción de CONACE .
Dra. Melba Trueba Medico Psiquiatra infanto-juvenil , asesora del Programa de Infractores, del Área de Salud, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción de CONACE.
A.S Isabel León, Programa de Infractores, del Area de Salud, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción de CONACE.
Psicóloga Ursula Pesse, asesora del Programa de Infractores, del Área de Salud, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción de CONACE.

SENAME- DEDEREJ

Sr. Pablo Miranda, Asistente Social Encargado de Desarrollo Regional DEDEREJ SENAME
Sra. Cecilia Salinas Asistente Social Encargada Trabajo Intersectorial Dpto. Derechos y Responsabilidad Juvenil, DEDEREJ SENAME.
Sra. Karina Zuchel Psicóloga, Encargada (S) de Desarrollo Regional, DEDEREJ SENAME

MINSAL

AS M. Angélica Caprile A. Asesora Departamento Salud Mental Ministerio de Salud
EU Patricia Narváez Asesora Departamento Salud Mental, Ministerio de Salud
EU Irma Rojas Asesora Departamento Salud Mental, Ministerio de Salud
Dr. Alfredo Pemjean Asesor Departamento Salud Mental, Ministerio de Salud
T.O. Alejandro Guajardo Profesional Asesor del Dpto. Modelo, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Especial Agradecimientos por sus contribuciones a esta Norma Técnica:

Dr. Alejandro Maturana, Médico psiquiatra infanto-juvenil, asesor del programa infanto-adolescente, del Área de Salud, tratamiento, rehabilitación y reinsertión de CONACE.
Psicóloga Viviana García, asesora del programa infanto-adolescente, del Area de Salud, tratamiento, rehabilitación y reinsertión de CONACE.
Psicóloga Claudia Quinteros, encargada del programa infanto-adolescente, del Area de Salud, tratamiento, rehabilitación y reinsertión de CONACE.
Dra. Gilda Gnecco T. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile

INDICE

Presentación

I.- Antecedentes Generales

II.- Marco Conceptual

III.- Norma Técnica

- Atención clínica
- Organización de los Servicios
- Proceso de atención
 - Ingreso al Plan de Tratamiento
 - Evaluación Diagnóstica Integral del Adolescente
 - Plan Individual de Tratamiento Integral
 - Evaluación parcial del proceso terapéutico
 - Egreso del Plan de Tratamiento
 - Evaluación al egreso del proceso terapéutico
 - Derivaciones y referencias
- Equipos de Salud Mental con Programas de Drogas
- Centros de Atención en Salud Mental y Drogas

IV.- Definiciones técnicas

- Consumo problemático de drogas
- Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica
- Diagnóstico de comorbilidad física
- Compromiso biopsicosocial
- Estado Motivacional
- Contrato terapéutico
- Consentimiento Informado
- Abandono
- Rescate
- Adherencia al programa de tratamiento
- Interconsultas
- Motivo de egreso
- Reinserción/integración social
- Evaluación parcial de integración social
- Definición de algunas sanciones

Anexos

- 1.- Pauta de Cotejo Criterios de Calidad de Aplicación de la Norma
- 2.- Plan de Monitoreo
- 3.- Dimensiones para caracterizar Tipos de Consumo Problema

Bibliografía

Presentación

La norma técnica que se presenta a la comunidad de profesionales y técnicos vinculados a la atención clínica y psicosocial de los adolescentes infractores de ley, con consumo problemático de alcohol y drogas y referidos para su tratamiento, forma parte del conjunto de documentos reguladores que el Ministerio de Salud ha desarrollado en el contexto del proceso de Reforma a la Salud en la cual se encuentra el país.

Este documento normativo tiene además, directa relación con el avance logrado en materia de reforma procesal penal, la que ha definido la aplicación de la Ley 20.084 que Establece un Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal cuyo espíritu es el control, la responsabilización y la inserción socio- familiar del o la adolescente. Este último componente implica la participación de diversos sectores del ámbito público que en la actualidad se traduce en coordinaciones de trabajo entre el Ministerio de Salud, CONACE y SENAME a efectos de elaborar normas, orientaciones y programas que guiarán las acciones a favor de las o los adolescentes infractores de ley desde el ámbito sanitario.

Asimismo se enmarca, dentro de los avances obtenidos en la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención de los problemas de salud mental de la población. Este modelo de atención impulsado en el marco del Plan Nacional de Salud Mental Psiquiatría, tiene su fundamento en la evidencia científica y empírica nacional e internacional. El modelo impulsa una atención preferentemente ambulatoria, con bases conceptuales, técnicas y metodológicas apropiadas para dar respuestas más costo- efectivas y de calidad a la población que demanda servicios de salud mental y por sobre todo es un modelo sustentado en el respeto y ejercicio pleno de los derechos humanos.

En concordancia con los avances obtenidos en materia de reforma sanitaria y penal en el país, las instituciones del Estado encargadas de otorgar servicios de calidad a las personas que demanden atención en materias relacionadas con la salud de las personas, se han coordinado para los efectos de dar cumplimiento a dichos mandatos legales.

La presente Norma Técnica emanada bajo la coordinación del Ministerio de Salud, establece los lineamientos técnicos para las acciones sanitarias del sistema de salud, los que además han sido consensuados con SENAME y CONACE, las otras instancias comprometidas en la respuesta global para lograr los objetivos terapéuticos en las/los adolescentes infractores de ley. En consecuencia, la obligatoriedad de sus disposiciones afecta solamente a los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, manteniéndose como referente técnico para las demás entidades públicas y privadas.

La Ley N° 20.084 establece en su artículo N° 7 que el juez estará facultado para establecer como sanción accesoria a las sanciones penales señaladas, siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol.

De acuerdo al último estudio sobre consumo de drogas en adolescentes infractores de ley penal entre 14 y 17 años de SENAME realizado por CONACE¹, un 70% presenta consumo de drogas ilícitas y de éstos, un 50% es consumidor de varias sustancias adictivas.

En virtud de lo anterior y teniendo como antecedente que el consumo de drogas se encuentra presente en la mayoría de los adolescentes infractores ingresados a los distintos sistemas de SENAME, se hace necesario su abordaje, debiendo existir oferta especializada para dar cumplimiento a la sanción accesoria que determine el juez y como un recurso para aquellos jóvenes que voluntariamente deseen acceder a un tratamiento, tanto en sistemas privativos como no privativos de libertad.

Del mismo modo se reconoce la necesidad urgente de desarrollar un modelo de atención integral que aborde las necesidades en salud mental de esta población, incorporando acciones de fomento y protección de la salud mental, prevención de problemas y trastornos de salud mental, tratamiento oportuno e integral de los trastornos de salud mental más recurrentes y rehabilitación. Todo lo cual ubica a los Servicios de Salud en un rol estratégico e histórico para la provisión de dichos servicios y al Ministerio de Salud en la tarea de velar por el ejercicio pleno de los derechos a la atención sanitaria de este importante segmento de la población.

El documento que aquí se presenta está orientado a brindar las directrices para dar cumplimiento al mandato de la Ley 20.084 en materia de la atención y tratamiento de los adolescentes consumidores problemáticos de drogas y al abordaje de los trastornos mentales comórbidos que presente.

I.- ANTECEDENTES GENERALES

¹ S Kopus, Estudio acerca de la magnitud del consumo y factores asociados al uso de droga en la población SENAME", CONACE. Noviembre 2002

Las presentes Normas se enmarcan en la entrada en vigencia de la Ley N° 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes con infracciones a la ley penal, la cual ha sido publicada en el diario oficial el 7 de Diciembre del 2005 con aplicación el 7 de junio del 2006.²

Esta ley regula la responsabilidad penal de los adolescentes de los delitos que cometen, el procedimiento para la averiguación, el establecimiento de dicha responsabilidad, así como, la determinación de las sanciones procedentes y la forma de ejecución de éstas.

En particular la ley establece, que en la modalidad de libertad asistida debe asegurarse la asistencia del adolescente a programas intensivos de actividades socioeducativas y de reinserción social, así como, la posibilidad de acceder a programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en centros previamente acreditados por organismos competentes.

Así mismo, se determina que el juez está facultado para establecer como sanción accesoria a las previstas en el artículo 6° de esta ley y siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas y al alcohol"

Para responder a estos requerimientos, los organismos públicos involucrados en definir, diseñar e implementar acciones de tratamiento y rehabilitación de los adolescentes con consumo de alcohol y drogas son:

Servicio Nacional de Menores (SENAME), es el organismo del Estado que tiene por misión contribuir a proteger y promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en el ejercicio de los mismos, y a la inserción de adolescentes que hayan infringido la ley penal. En relación con estos últimos, es responsable de asegurar la existencia de los programas necesarios para la ejecución y control de las medidas a que se refiere la ley 20.084. En este sentido, la ley establece que SENAME es el organismo responsable de la coordinación con los respectivos Servicios Públicos³ en materia de esta Ley

Consejo Nacional para el Control Estupefacientes (CONACE), cuya función es asesorar al Supremo Gobierno en todas las materias relacionadas con la prevención y control del uso indebido, la producción y tráfico ilícito de sustancias o drogas estupefacientes o psicotrópicas, como asimismo, en lo relativo al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción.⁴

² Ley N° 20.084 Publicada en el Diario Oficial 7 Diciembre 2005

³ Idem 1

⁴ Decreto Supremo N° 683 de 1990 del Ministerio del Interior

Ministerio de Salud (MINSAL), le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud y entre sus funciones se encuentra la rectoría del sector salud (la cual comprende la formulación, control y evaluación de planes, programas generales en materia de salud; definición de objetivos sanitarios nacionales; coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios) y la dictación de normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras que rigen el quehacer de los organismos del sistema de salud⁵.

Desde el ámbito sanitario, el año 2000, el Ministerio de Salud inicia la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría⁶, el cual tiene como propósito "contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común."

Este Plan se basa en el concepto de que la salud, y en especial la salud mental, depende, además de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, del barrio, de la escuela y del trabajo.

En este sentido, la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría implica el desarrollo de un modelo de atención centrado en las necesidades de las comunidades y grupos específicos, siendo los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, una de las 7 prioridades programáticas definidas por éste.

Paralelamente, los Ministerios e instituciones integrantes del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes elaboraron la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008, orientada a reducir la oferta y la demanda de drogas. Uno de sus objetivos estratégicos es "Rehabilitar y reinserir socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción"⁷. Para alcanzar dicho objetivo, CONACE en un convenio con MINSAL y FONASA han desarrollado desde el año 2001 el Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Sustancias Psicotrópicas.

Otro objetivo estratégico fundamenta de la Estrategia Nacional de Drogas es "Disminuir el consumo de drogas de niños, niñas y jóvenes en riesgo social y que están desvinculados de los sistemas formales de familia, educación y/o trabajo". Por ello, entre los años 2003 y 2005, se han ido implementando gradualmente distintos programas: Programa Marginalidad "Prevención Selectiva y Tratamiento

⁵ Ley N°19.663, de Autoridad Sanitaria

⁶ Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud 2001

⁷ Estrategia Nacional de drogas 2003-2008. CONACE.

de Drogas para Niños/as y Adolescentes en vulnerabilidad social", proyecto SENAME-CONACE "Intervención especializada para adolescentes infractores de ley con consumo abusivo de drogas" y el programa de "Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas y sus especificidades", este último, desde el año 2006 se incorpora al convenio CONACE-MINSAL-FONASA, como programa piloto de planes específicos para población infante - adolescente, con un modelo de intervención ajustado a las necesidades de los adolescentes y sus familias.

En este sentido, el trabajo de CONACE se ha orientado al desarrollo de un modelo comprensivo⁸, que responda a perfiles específicos de vulnerabilidad social y en particular a los requerimientos de la población adolescente infractora de ley y cuyo propósito es propender al desarrollo integral del adolescente y su plena inserción social.

Al mismo tiempo, SENAME define una propuesta de intervención con adolescentes infractores de ley penal, que se fundamenta en la concepción del delito juvenil entendido como un fenómeno complejo y multicausal. En este sentido, las formas de intervención deben considerar esta complejidad y desarrollar estrategias que integren la multiplicidad de factores asociados, entendiendo que el delito juvenil es el resultado de variables individuales (biológicas y psicológicas), familiares, sociales (micro y macro) y culturales.

Las acciones que corresponde efectuar a través de la ejecución de sanciones penales, que implementa SENAME con adolescentes infractores de ley penal apuntan, al control socio penal, la responsabilización y la inserción social, constituyendo estos los ejes de intervención con dicha población.

Un factor importante a considerar, tal como fue señalado anteriormente, es que el consumo de drogas se encuentra presente en la mayoría de los adolescentes infractores ingresados a los distintos programas de SENAME y se estima que, aproximadamente el 50% de ellos presenta consumo problemático. Esto hace necesario una oferta especializada tanto para dar cumplimiento a la sanción accesoria que determine el juez, como para aquellos jóvenes que voluntariamente deseen acceder a un tratamiento, tanto en sistemas privativos como no privativos de libertad.

En los últimos años, CONACE y SENAME, han elaborado orientaciones técnicas para el desarrollo de proyectos de intervención con adolescentes infractores de ley penal que presentan consumo problemático de drogas, articulando el trabajo especializado en drogas con la intervención integral para apoyar la reinserción de estos jóvenes.

⁸ Un modelo basado en el marco conceptual de salud y desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes. (OPS, 2001)

II. MARCO CONCEPTUAL

El tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en adolescentes infractores de ley, es sólo una parte de su proceso global de inserción social y debe, por tanto, enmarcarse dentro del Plan de Intervención Individual aprobado por SENAME. Para ello, deberán establecerse sistemas de coordinación entre los equipos involucrados en el proceso de intervención y reinserción social del adolescente, que deberán ser evaluados periódicamente por las partes.

El Modelo con enfoque comprensivo evolutivo considera que los adolescentes infractores de ley y con consumo problemático de drogas, se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Se trata de adolescentes cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos, caracterizado por historias de carencia y maltrato (rupturas de lazos familiares, abandono, abuso sexual, fracaso o deserción escolar, entornos en los que prima la violencia, el microtráfico de drogas y/o los patrones de conducta delictuales, entre otros.)

La delincuencia juvenil es multicausal, puede obedecer a patrones conductuales que dan cuenta de valoraciones a nivel cognitivo alejadas del acuerdo social que representa la norma jurídica. En el nivel macro, reconocemos también que la delincuencia juvenil aparece en el contexto de los conflictos sociales, de una desigual distribución de las oportunidades y del control penal.

Estas variables micro y macro sociales deben ser consideradas tanto en la comprensión del consumo problemático de drogas como en la conducta delictiva, exigiendo un esfuerzo integrador de las intervenciones y desde una perspectiva multifactorial. "Es necesario mirar al adolescente desde la globalidad, sin pretender intervenir haciendo foco sólo en el consumo, sino que abordarlo dentro de un conjunto de situaciones más amplias que la droga misma"⁹

Así también, los programas de tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en adolescentes infractores de ley, deben tener en consideración el interés superior del adolescente. Ello debe expresarse en el reconocimiento y respeto de todos los derechos y garantías que les son reconocidas en la Constitución, en las leyes, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los demás instrumentos internacionales ratificados por Chile que se encuentran vigentes.

El éxito de las intervenciones terapéuticas en población adolescente, y en particular en esta población con alta vulnerabilidad psicosocial e infractora de ley, se encuentra en estrecha relación con las condiciones en que se desenvuelva la vida del adolescente.

En este sentido, es indispensable asegurar que la intervención incorpore acciones tendientes a reducir y modificar las condiciones ambientales de riesgo y favorecer un

⁹ Carmen Arbex (2001)

entorno familiar y social adecuado al proceso socioeducativo y de integración social que lleva a cabo el adolescente. Para ello se requiere desarrollar ambientes protegidos y normalizadores, en los que se privilegien relaciones respetuosas y afectivas y favorezca el desarrollo de las capacidades del adolescente, así como una mayor independencia y autonomía.

Al mismo tiempo, y en especial cuando se trata de intervenciones en medio libre, será necesario el máximo de coordinaciones intersectorial y comunitarias de todos los actores que se requieran, tanto públicos como privados.

Por todo lo anterior, el modelo de atención debe estar especialmente diseñado para abordar las complejidades psicosociales particulares de estos adolescentes e incluir desde respuestas inmediatas frente a situaciones de crisis y cuadros agudos, hasta planes ambulatorios de tratamiento. Así mismo, debe considerar el proceso evolutivo y etapas del ciclo vital en la cual se encuentra el adolescente, como también la perspectiva de género.

III.- NORMA TÉCNICA

Esta norma técnica regula la atención clínica que se otorga a los adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol /drogas y otros trastornos de salud mental, asimismo entrega orientaciones a los equipos clínicos y técnicos de CONACE y SENAME y otras instituciones involucradas, en consecuencia la obligatoriedad de sus disposiciones afecta solamente a los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, manteniéndose como referente técnico para las demás entidades públicas y privadas.

1. De la Atención Clínica

- El tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, y otros trastornos de salud mental, es parte del **Plan de Intervención Individual Integral del adolescente, diseñado por SENAME** y, por tanto, exige, mecanismos definidos de coordinación entre el Equipo Clínico de Drogas y Salud Mental y el Equipo SENAME en su totalidad, así como con otros actores involucrados en este Plan.
- La atención clínica debe cumplir con los siguientes principios:
 - abordaje biopsicosocial
 - preferentemente ambulatorio
 - enfoque integral comunitario
 - asegurar la continuidad del tratamiento
 - realizada por un equipo interdisciplinario
 - articulada con el Plan de Intervención Individual del SENAME
 - evaluada periódicamente
- El tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, y de cualquier otro trastorno de salud mental que el adolescente presente debe tratarse en forma conjunta e integrada por el mismo equipo clínico
- La atención deberá ser coordinada con acciones del Plan de Intervención Integral, con el propósito de no sobrecargar de actividades al adolescente en su proceso de reinserción social y esto se registra en la ficha clínica
- En el caso de las/los adolescentes que cumplan sanción privativa de libertad o cuando exista medida cautelar privativa de libertad:
 - La atención clínica se realizará al interior de los centros donde cumple la sanción, lugar al que acudirá un equipo de salud mental especializado para abordar su tratamiento y se asegurará la continuidad terapéutica al egreso de la medida .(ver cuadro N° 1)
 - La atención se basará en una Guía Clínica a elaborar por MINSAL.

- Esta atención será coordinada con el equipo técnico y tutor correspondiente del centro, encargado de su proceso de (re)inserción social.
 - En caso de intoxicación aguda o descompensación psiquiátrica, ésta se realizará en las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía, ubicadas al interior de dicho centro.
- En el caso de los /las adolescentes, que cumplan sanción en medio libre:
 - Recibirán la atención en los Centros de Salud Mental Comunitaria públicos con programa de drogas o en instituciones privadas debidamente acreditadas por la autoridad competente, preferentemente con programas específicos para la población infractora de ley con consumo problemático de drogas.
 - Esta atención será coordinada con el Delegado correspondiente encargado de su proceso de (re)inserción social.
 - El Plan de Tratamiento se realizará de acuerdo a una Guía Clínica a elaborar por MINSAL.
 - En caso de intoxicación aguda o descompensación psiquiátrica que requieran hospitalización, ésta se realizará en las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía disponible en la región.

2. Organización de Servicios

- La organización de los servicios asistenciales y residenciales necesarios para dar respuestas al tratamiento de los adolescentes infractores de ley que presenten consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental deberá seguir un patrón de implementación en forma gradual, creciente y progresivo.
- Los dispositivos públicos y privados que brindan atención a los adolescentes infractores con sanción en medio libre, son parte de la red de prestadores debidamente acreditada del Servicio de Salud respectivo en la región en que se ubique el adolescente infractor cumpliendo su sanción, y por lo tanto se encuentra dentro de sus funciones otorgar la atención clínica que estos demanden.
- Con relación a las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía ubicados al interior del Centro SENAME, la autoridad sanitaria regional (SEREMI) otorgará la debida autorización para la operación de dicha Unidad Clínica.
- El Servicio de Salud en conjunto con los prestadores establece mecanismos de coordinación y articulación de modo de facilitar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención.
- La atención clínica de los adolescentes infractores de ley y con consumo de

alcohol y drogas y otros trastornos psiquiátricos, deberá otorgarse según el siguiente esquema:

Cuadro N° 1

ATENCIÓN CLÍNICA ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERTAD

LUGAR ATENCION	ATENCIÓN CLÍNICA	EQUIPOS DE ATENCION QUE INTERVIENEN	UNIDADES CLINICAS
<p>Centro de Cumplimiento SENAME.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de tratamiento del consumo problemático de alcohol y Drogas. • Atención clínica de alta y mediana complejidad para desintoxicación en drogas , abordaje de la descompensación de los trastornos mentales comórbidos severos y manejo de las urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de Salud Mental Externo especializado en Drogas, adolescencia con problemáticas psicosociales e infracción de ley • Equipos Psicosocial de SENAME • Equipo de educación y capacitación. • Equipo clínico de Salud Mental y Externo especializado en Drogas, adolescencia con problemáticas psicosociales e infracción de ley. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recintos con la Infraestructura y equipamiento que garantice, espacio físico apropiado, para intervenciones terapéuticas, individuales, grupales y familiares e intervenciones recreativas y de reinserción. • Unidades Clínicas de Hospitalización de Corta Estadía, ubicadas al interior de Centros de Privación de Libertad de SENAME para desintoxicación y compensación de enfermedad mental aguda.

Cuadro Nº 2

ATENCIÓN CLINICA ADOLESCENTES EN MEDIO LIBRE

LUGAR ATENCION	TIPO DE ATENCION	EQUIPOS DE ATENCION
Centros de Salud Mental Comunitaria con programas de alcohol y drogas, público y/o privados.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Individual de tratamiento del consumo problemático de drogas de alta intensidad • Tratamiento y Rehabilitación de los trastornos comórbidos compensados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Salud Mental y Psiquiatría con expertos en tratamiento del consumo de alcohol y drogas, adolescencia con problemáticas psicosociales e infracción de ley • Equipo técnico y delegado de libertad asistida y libertad asistida especial.
Unidades Clínicas Corta Estadía / Desintoxicación	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la intoxicación por consumo de sustancias o síndrome de abstinencia, de alta severidad y/o riesgo vital. • Tratamiento de la descompensación de los trastornos mentales comórbidos severos y manejo de las urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Salud Mental y Psiquiatría expertos en tratamiento del consumo de alcohol y drogas, comorbilidad mental, urgencias, adolescencia con problemáticas psicosociales e infracción de ley
Centros Residenciales de Rehabilitación en Drogas, Comunidades terapéuticas y otros centros privados	<ul style="list-style-type: none"> • Plan individual de tratamiento del consumo problemático de drogas de alta intensidad que se realizan en un régimen residencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Salud Mental con programas de tratamiento del consumo de alcohol y drogas. Especializados en salud mental, Alcohol y Drogas, adolescencia con problemáticas psicosociales e infracción de ley

3. Proceso de Atención Clínica y Psicosocial

3.1 Ingreso al Plan Individual de Tratamiento

- Se realizará por indicación escrita del juez respectivo en el marco de una sanción accesoria.
- Por indicación del delegado o equipo SENAME, cuando exista sospecha de consumo problemático y no exista sanción accesoria
- En el adolescente con sanción en medio libre, la referencia debe realizarse al equipo de salud mental y drogas más cercano a la residencia del joven.
- Para adolescentes con sanción accesoria, referidos por el juez, su ingreso deberá realizarse en un plazo máximo de 72 horas.
- Para aquellos adolescentes que manifestasen voluntariamente su deseo de iniciar tratamiento y exista sospecha de consumo problemático o con trastorno de salud mental, se brindará atención clínica inicial por el equipo de salud mental más cercano, el que lo ingresará al programa de tratamiento
- Al momento del ingreso, el equipo designará a un profesional / técnico como referente del adolescente durante todo su proceso de tratamiento.

3.2 Evaluación Diagnóstica Integral del Adolescente

- La confirmación diagnóstica del consumo problemático se realizará en un plazo no mayor a una semana desde el primer contacto con el equipo clínico.
- El tiempo para la realización del diagnóstico clínico e integral no deberá ser mayor a un mes.
- El diagnóstico integral se realizará mediante entrevistas individuales, entrevistas familiares y trabajos grupales, y los exámenes de laboratorio e imagenología necesarios poniendo énfasis en el rescate de los recursos y competencias de los jóvenes y su familia.
- El proceso de evaluación diagnóstica integral del adolescente, será de responsabilidad del equipo clínico que está aplicando el plan.
- Se debe contar con instrumentos diagnósticos que consideren las diferentes áreas del compromiso biosicosocial evaluadas por el equipo interdisciplinario, acotadas a la realidad social y cultural del joven, familia y contexto. Incluye las siguientes áreas:

a) Área de salud física y mental

Evaluación Salud Física:

- Estado general de salud
- Estado Nutricional
- Salud Bucal
- Salud Sexual y reproductiva

Evaluación Salud Mental:

- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluación Psicológica
- Evaluación de capacidades

b) Área de consumo de drogas

Evaluación del patrón de consumo (criterios de dependencia y consumo perjudicial CIE-10)

Siempre deben considerarse en población infanto adolescente las siguientes variables adicionales:

- Edad de inicio del consumo
- Sustancia o droga consumida
- Frecuencia del consumo actual
- Consumo sostenido
- Consumo socializado o no
- Vía de administración
- Consecuencias de la intensidad del consumo
- Motivación al consumo física y psicológica

c) Área psicosocial

Se debe recoger y considerar complementariamente los antecedentes obtenidos por el equipo psicosocial de SENAME en las siguientes variables:

- Familia
- Entorno y grupo de pares
- Reparación
- Responsabilización y reparación de la conducta infractora
- Integración social y contexto obligado

3.3 Plan Individual de Tratamiento Integral

Finalizadas las etapas anteriores, se deberá elaborar un Plan individual de Tratamiento que abarque todas las áreas evaluadas y deberá caracterizarse por incluir:

1. Objetivos terapéuticos definidos explícitamente, procedimientos terapéuticos de calidad y alto estándar de complejidad, metas terapéuticas y plazos definidos.
2. Consentimiento informado al adolescente y su familia y/o tutor responsable.
3. Contrato terapéutico concordado con el adolescente y su familia, u otro según corresponda
4. Procedimientos terapéuticos y de rehabilitación con énfasis en la modificación de cada una de las áreas problema identificados, los que deberán quedar debidamente registrados en ficha clínica.
5. El desarrollo del Plan (avances, estancamiento, recaídas y retrocesos) deberá ser evaluado por el Equipo Tratante en forma periódica con el Delegado y el Equipo de libertad asistida o Equipo Psicosocial del Centro Privativo de Libertad, según corresponda y debidamente registrado sus resultados.
6. Todas las acciones terapéuticas clínicas y psicosociales realizadas al adolescente, su familia y/o a otro adulto significativo prosocial deberán ser debidamente registradas en la ficha clínica única. Estas serán confidenciales y solo estarán disponibles para las reuniones clínicas, auditoría clínica y evaluación que el sistema implemente para monitorear la calidad técnica de la atención otorgada al adolescente.
7. El equipo clínico tratante deberá emitir informes al juez cuando se trate de sanción accesoria, según la periodicidad que éste determine.
8. Se realizará un plan de seguimiento no inferior a un año desde su egreso el que incluirá el trabajo conjunto entre el equipo tratante en coordinación con SENAME el que deberá prever los recursos necesarios para dar cumplimiento a este período coincidente con la reinserción y/o integración social del adolescente.

3.4 Evaluación parcial del proceso terapéutico

Corresponde a evaluaciones de los cambios que experimenta el/la adolescente durante el proceso de tratamiento. Se considerarán períodos definidos de evaluación cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico. Estas evaluaciones corresponden tanto a percepciones del equipo tratante, como a resultados de procedimientos clínicos de evaluación diagnóstica y de información obtenida de la percepción de la propia persona y familia, entre otras fuentes.

Las variables a contemplar en la evaluación del proceso terapéutico, son las siguientes:

- **Patrón de consumo:** se refiere a si existen modificaciones en relación al tipo de sustancia, dosis y/o frecuencia de consumo, vía de administración y/o contexto de la situación de consumo.
- **Situación familiar:** modificaciones en el estilo relacional, o al tipo de interacción entre las personas al interior del grupo de convivencia cotidiano y significativo.
- **Capacidad relacional y adaptativa:** se refiere a la modificación o no de las características de la interacción interpersonal, tanto en la escuela y familia como comunidad, así como en las alternativas no violentas de resolución de conflicto, avances en el proceso de autonomía e independencia.
- **Dimensión sociocultural:** se refiere a la modificación o no de aspectos tales como: roles de género, tribus urbanas, relación con el delito entre otros.
- **Situación de salud mental, física, sexual y reproductiva:** de acuerdo a la etapa del desarrollo y al género.
- **Integración social:** se refiere a la modificación o no de los componentes: vida de calle, escuela, grupo de pares, comunidad, recreación y tiempo libre.

Para registrarlos en el sistema, definiremos tres categorías *de consenso* para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico.

- **Mejor:** Cuando ocurra cualquier cambio en relación a las variables señaladas que disminuya el riesgo, tales como variaciones en el patrón de consumo (logro de abstinencia, disminución de dosis, frecuencia, cambio a vía administración de menor riesgo de infección), cambios favorables en relaciones familiares y de pares, situación ocupacional, legal y en la salud mental o física.
- **Igual:** Sin cambios, se mantienen los indicadores sin modificación respecto de la evaluación anterior.
- **Peor:** Cuando ocurra cualquier cambio en relación a las variables señaladas que aumente el riesgo, ejemplo en relación al patrón de consumo, como aumento de la frecuencia, dosis, agrega otra sustancia, actos delictuales, mayores dificultades relaciones interpersonales.

3.5 Egreso del Plan de Tratamiento

- El egreso del adolescente del Plan de Tratamiento se realizará una vez logrados los objetivos terapéuticos del Plan individual de Tratamiento.
- El proceso de egreso deberá ser gradual y se planificará conjuntamente con el adolescente, su familia, delegado y el Equipo de libertad asistida o Equipo Psicosocial del Centro Privativo de Libertad, según corresponda.

- Al egreso se emitirá un informe final que incluirá evaluación del estado de salud física y mental del adolescente, los logros terapéuticos y las recomendaciones de acciones de apoyo, necesarias para mantener los logros alcanzados.
- Es absolutamente necesario mencionar que la adicción es una enfermedad crónica tratable, que puede presentar fallos y recaídas, y que es parte del proceso terapéutico y de su progreso. Por lo mismo la prevención de recaída es una pieza clave del tratamiento y la rehabilitación y el eventual fallo o recaídas se contempla como una oportunidad hacia la mejoría en su proceso de egreso.

3.6 Evaluación al egreso del proceso terapéutico

Corresponde a la apreciación que hace el equipo o profesional tratante, del grado de logro de los objetivos terapéuticos planteados para la persona en tratamiento. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

- **Logro alto:** alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por una mayor consolidación en el propósito de mantener un cambio hacia un estilo de vida favorable. La impresión del equipo es compartida por la persona y su familia.
- **Logro intermedio:** alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para la integración social satisfactoria. Se aprecia aún una débil disposición a mantener un cambio del estilo de vida. La impresión del equipo es compartida, en cierta medida, por la persona y familia.
- **Logro mínimo:** alcance mínimo o muy inferior a lo esperado de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación algunas variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Débil o nula disposición al cambio de estilo de vida. La impresión del equipo es compartida por familia, pero no totalmente por la persona.

3.7 De las derivaciones y referencias para el acceso, oportunidad y continuidad de la atención.

- El Servicio de Salud en su función de gestor de redes asistenciales de salud, en conjunto con el centro de atención en que el adolescente se asiste en su tratamiento al consumo de alcohol y drogas, definen los mecanismos de referencia y contrarreferencia que permitan el flujo del adolescente en la red.
- En los casos en que el adolescente en medio libre en tratamiento, requiera hospitalización, ya sea para desintoxicación o para manejo de trastorno

psiquiátrico descompensado, el equipo tratante lo derivará a la Unidad de hospitalización correspondiente según los criterios definidos regionalmente, acorde a la oferta pertinente en la jurisdicción del Servicio de Salud en la cual se ubica.

- En todos los casos en que el Equipo indique hospitalización en adolescentes en medio libre, deberá informársele en forma oportuna a la familia y al delegado.
- De ser necesario, el equipo del Centro de Salud Mental Comunitaria, derivará al adolescente en medio libre o semi cerrado a atención ambulatoria de otras especialidades y/o de atención primaria, según corresponda, manteniendo siempre el vínculo con el adolescente.

4. Equipos de Salud Mental especializados en Programas de Tratamiento de Alcohol y Drogas

- Los profesionales y técnicos que atienden a adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas deben formar parte de un equipo de salud mental general, los que incorporarán profesionales y técnicos con experiencia en tratamiento de alcohol y drogas a adolescentes con problemáticas psicosociales e infractores de ley.
- En el sistema público de salud estos equipos de salud mental especializados en programas de alcohol y drogas se ubican en los Centros de Salud Mental Comunitaria, que forman parte de la red de atención en salud mental comunitaria y de una red general de atención en salud.
- El Centro de Salud Mental Comunitaria debe garantizar la asignación de horas profesionales y técnicas necesarias, para el cumplimiento del plan intensivo y para responder a la totalidad de la demanda proveniente de los adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental, asignados a su jurisdicción.
- Los profesionales y técnicos que tratan a esta población deben tener las siguientes competencias y experiencia en: formación técnica y/o profesional en salud mental y psiquiatría, adolescencia (desarrollo), pobreza, drogas y alcohol, vulnerabilidad social e infracción de ley.
- Los Centros de Atención con programas de tratamiento de alcohol y drogas para adolescentes que se encuentren con sanción en medio libre, deben garantizar la flexibilidad necesaria para el desplazamiento de los profesionales hacia los espacios donde el adolescente resida y donde realiza su vida cotidiana (escuela, trabajo, etc.)

- Los equipos deben tener una coordinación continua con los equipos psicosociales de SENAME y otros.
- Puesto que la atención clínica de los adolescentes infractores de ley privados de libertad se realiza en los centros SENAME, donde el adolescente cumple la medida cautelar o condena, los profesionales que realizan el tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y trastorno de salud mental, debe desempeñar sus funciones en los centros privativos así como, en el espacio social y familiar del adolescente, si así lo amerita.
- En la planificación anual del equipo se considera la capacitación continua así como actividades de auto cuidado. La capacitación forma parte de un sistema continuo de asesoría y capacitación que es insustituible dado la alta demanda técnica que requiere el tratamiento y rehabilitación de la población adolescente infractora de ley.

5. De los Centros de Atención en Salud Mental con Programas de Tratamiento de Alcohol y Drogas

- Los Centros de Atención de Salud Mental que otorguen planes de tratamiento de alcohol y drogas para los y las adolescentes infractores de ley en medio libre, forman parte de la red de atención en salud mental y de la red general de salud y se ubican en el nivel secundario de atención por cuanto atienden problemas de salud mental de mediana complejidad en forma ambulatoria.
- Deben contar con recursos humanos e infraestructura suficiente que garantice el desarrollo de las intervenciones individuales, familiares y grupales, por lo tanto, con privacidad y diferenciación de espacios terapéuticos así como con espacios de espera, descanso y recreación acorde con la etapa evolutiva de la adolescencia. Con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte.
- El Centro de Atención en Salud Mental público o privado, se comprenden como prestadores de la red asistencial por lo que quedan bajo la supervisión y evaluación del Servicio de Salud respectivo, el que velará que se cumpla con los requerimientos técnicos y de calidad dispuestos en esta normativa y en las guías clínicas respectivas
- La evaluación y supervisión son planificadas anualmente entre prestadores y Servicio de Salud y queda registros del resultado de estos procesos en el Servicio de Salud.
- Los Centros de Salud Mental Comunitaria harán uso de sistemas de registro de la información, compatibles con los sistemas establecidos por el Ministerio de Salud que estarán disponibles y deberá resguardarse su confidencialidad.

Del mismo modo, los Centros de Atención Privados registrarán las actividades de los planes de tratamiento bajo las orientaciones técnicas emitidas por el Servicio de Salud respectivo.

IV.- DEFINICIONES TECNICAS

El patrón de consumo, consumo perjudicial y dependencia a sustancias o drogas estupefacientes o psicotrópicas y alcohol en el adolescente tiene particularidades que son necesarias de considerar:

- La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias¹⁰
- Los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias en forma simultánea, y se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su entorno padres, tutores¹¹
- Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia¹²
- Las variables del contexto cercano (familia comunidad grupos pares) y variables del compromiso biopsicosocial agrava las consecuencias y características del consumo en adolescentes.
- El síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes y específicas en este grupo etareo¹³ se ha evidenciado entre otros aspectos que:
 - El síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etareo.
 - La tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia.
 - El abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes.

El consumo perjudicial y/o dependencia en adolescentes puede afectar el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona¹⁴. En esta Norma se aplica la Clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (F10- F19) que incluye en estos trastornos tanto el Consumo Perjudicial como el Síndrome de Dependencia

¹⁰ Compton et al 2005

¹¹ Clark 2004

¹² Idem 9, Winters 1999

¹³ Fulkerson et al 1999 Harrinson et al 1998

¹⁴ Monti et al 2001

1. Consumo problemático de drogas:

Es aquel tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el adolescente o para terceros, en las áreas de: salud, familia; grupo de pares, escuela, seguridad personal y funcionamiento social. Este consumo problemático se manifiesta en dos patrones: Consumo perjudicial o dependencia.

- **Consumo perjudicial:** Patrón de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. Puede ser físico (ej. hepatitis) o mental (ej. trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento.

Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que este el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un período de un año. El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotropicas

- **Dependencia:** Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Para establecer el diagnóstico de dependencia es necesario que hayan estado presentes simultáneamente tres o más de los siguientes criterios que deben estar persistentes durante al menos un mes o en forma repetida en un período de 12 meses:

- 1) Impulso intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- 2) Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- 3) Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- 4) Cambio en el umbral de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.

- 5) Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
- 6) Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias perjudiciales.

2. Comorbilidad Mental

Presencia simultánea de un trastorno mental y un trastorno por consumo (perjudicial o dependencia a sustancia), no solamente referido a un trastorno dual. Se considera para el registro el diagnóstico principal y el o los diagnósticos secundarios:

- Trastorno mental orgánico, incluidos los sintomáticos. (F00-F09).
- Trastorno esquizofrénico, esquizotípico y delirante. (F 10-F19)
- Trastornos del Animo, depresivos (Incluye episodio depresivo, F32; trastorno depresivo recurrente, F33; Distimia F 34.1).
- Trastorno del Animo, bipolar (Incluye episodio maníaco, F 30; T. Afectivo bipolar, F 31; Ciclotimia, F 34.0).
- Trastorno del Animo, otros y no especificados (Incluye todos los otros y los dudosos dentro de la categoría CIE 10 F 30 .-F39, sólo si se acompañan de discapacidad severa).
- Trastorno de Angustia severos. Incluye T. de pánico F 41.0; Agorafobia con o sin T. de Pánico , F 40.0; T. Obsesivo-compulsivo F 42 cualquiera de los otros considerados en la categoría CIE 10 T. Neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos, sólo si se acompañan de discapacidad severa).
- Trastornos de personalidad, solo si determinan discapacidad severa (F 60 – F 69).
- Retardo Mental , sólo si determina discapacidad severa (F 70 – F 79).
- Trastorno conductual y emocionales de la infancia y adolescencia, sólo si determinan discapacidad severa y/o interferencia severa al tratamiento. (F 90 – 98)).
- Trastornos alimentarios
- Trastorno por déficit de atención (TDAH)
- Trastornos ansiosos F41
- Trastorno de estrés post-traumático. F43.1
- Los trastornos de tic F 95
- Trastornos del sueño F 51
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. F50-59
- En estudio: no se ha logrado confirmar un diagnóstico.
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20 – 29).
- Trastorno esquizotípico (F21).
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23).

- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40 – 49).
- Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación (F43).
- Trastornos disociativos (F44).
- Trastornos somatomorfos (F45).
- Disfunción sexual no orgánica (F52).
- Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje (F81).
- Trastornos específicos del desarrollo psicomotor (F82).
- Trastornos generalizados del desarrollo (F84).
- Trastornos hipercinéticos (F90).
- Trastornos disociales (F91).
- Trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92).
- Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93).
- Trastorno de ansiedad de separación de la infancia (F93.0).
- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1).
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2).
- Trastorno de rivalidad entre hermanos (F93.3).
- Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F94).
- Mutismo selectivo (F94.0).
- Trastorno de la vinculación de la infancia reactivo (F94.1).
- Trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido (F94.2).
- Enuresis no orgánica (F98.0).
- Encopresis no orgánica (F98.1).
- Trastorno de la conducta alimentaria de la infancia (F98.2).
- Pica en la infancia (F98.3).
- Trastorno de estereotipias motrices (F98.4).
- Tartamudeo (F98.5).
- Trastorno del desarrollo de la personalidad: se debe agregar aunque no sea un trastorno clasificado en el CIE – 10.

3. Comorbilidad Física:

Presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una patología somática severa. Se considera para el registro el diagnóstico principal y el o los secundarios, en caso de existir.

- Hepatitis alcohólica subaguda: hígado graso
- Hepatitis crónica: cirrosis hepática
- Enfermedades somáticas: respiratorias (granulomas pulmonares, cáncer, s. bronquial obstructivo) crónico, Enfisema pulmonar, Bronconeumonía, etc.), gastrointestinales (Úlcera gastroduodenal, Várices esofágicas (hipertensión portal, etc.), renales (insuficiencia renal aguda), neurológicas (neuropatías: AVE -infartos, hemorragias- neuropatía periférica por alcohol), metabólicas, entre las principales Hepatitis B,C, D, adquirida por consumo inyectable de sustancias.

- ETS
- VIH - SIDA
- Situaciones con riesgo vital: Intentos suicidas, intoxicaciones por sobredosis u otras, traumatismos, violencias, otras.
- Infecciosas relacionadas con uso de sustancias: TBC, neumonías, parasitosis, etc
- Traumatismos y secuelas secundarios al uso de sustancias que originan algún grado de discapacidad.
- Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por alcohol, arritmias, HTA.
- Desnutrición (S. Wernicke-Korsakov)
- Anemia: megaloblástica y ferropénica.
- Complicaciones asociadas al consumo en estado de embarazo:
 - Para la madre: aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, endometritis, etc.
 - Para el RN: sufrimiento fetal agudo, retardo del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, hipotermia neonatal, alteraciones metabólicas neonatales, síndrome de privación neonatal, S. Alcohólico Fetal, etc.
- Patología bucal
- En estudio: no se ha logrado confirmar un diagnóstico.

4. Compromiso Biopsicosocial:

Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno. Contribuye a la identificación de las principales áreas que se encuentran alteradas en el adolescente infractor

En el anexo N°4 se presentan las variables que permiten apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial y que no es susceptible de una puntuación cuantitativa debiéndose, en cada caso, considerar y decidir si la situación o condición que presenta el adolescente pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo. Es importante destacar que algunas de estas variables como: reparación, contextualización de la conducta transgresora e integración social, son diagnosticadas y trabajadas en conjunto por los equipos psicosociales de SENAME u otros encargados de la integración social del joven.

5. Estado Motivacional:

La motivación constituye un objetivo transversal de evaluar y trabajar durante todo el proceso de tratamiento. Al respecto, se debe comprender a la motivación en un sentido amplio, es decir que más allá de la motivación al tratamiento, el equipo clínico debe evaluar todas las motivaciones del adolescente, ya que esto, por un lado, marca un encuadre de respeto a la

capacidad del adolescente de tener su propio mundo de intereses, así como valida al equipo y los interventores como otro actor posiblemente significativo.

De este modo, se hace muy relevante y necesario, la incorporación durante todo el tratamiento, de estrategias como la participación del grupo de pares (siempre y cuando sea pertinente), la incorporación de la familia o vínculo significativo y/o protector durante todo el proceso, si es pertinente, así como la presencia de un profesional del equipo clínico estable, que acompañe todo el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción.¹⁵

Respecto a la motivación es necesario tener presente:

- Intereses y motivaciones en un sentido amplio: (motivaciones de conocimiento, de esparcimiento, deportivas, artísticas, que potencien la motivación a la vida más allá del consumo).
- En cuanto a la motivación al tratamiento: evaluación de los estadios del cambio (modelo de Prochaska y Di Clemente) que aportan en este ámbito con los *estadios o fases de motivación al cambio* (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantención) que se han desarrollado en el tratamiento con adultos. Sin embargo, hay que considerar que estas etapas pudieran presentar dificultades al momento de aplicarse en adolescentes, debido a que las habilidades cognitivas y afectivas necesarias para la consolidación de estos estadios, se encuentran en pleno desarrollo durante la adolescencia. Además, la motivación estará teñida también por otras variables que no son individuales sino que propias del contexto de vulnerabilidad social en el que se encuentra el niño/a o adolescente, que dificultan aún más un proceso de motivación puesto que la droga es utilizada muchas veces como una estrategia de sobrevivencia más. Por lo tanto, la mirada desde el modelo de los estadios de motivación al cambio, deberá adaptarse a enfoque de la adolescencia en vulnerabilidad social, y a las características propias del sujeto en su contexto¹⁶.

6. Contrato Terapéutico:

Es el establecimiento de un compromiso, asumido entre el equipo y el adolescente y su familia o adulto significativo prosocial, donde queda establecido el respeto a normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento; con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos consensuados entre ambos.

¹⁵ Basado en las prácticas realizadas por los equipos de tratamiento en drogas con jóvenes infractores de ley.

¹⁶ Adaptado del Programa Ambulatorio comunitario. Programa de Marginalidad CONACE

7. Consentimiento Informado:

Es la explicación al adolescente y su familia o adulto significativo prosocial, de las condiciones de salud que presenta, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, solicitándole luego la aprobación para ser sometido a ellos. Deberá entregarse información de la manera mas comprensible y sin sesgo; obtener la colaboración del adolescente sin coerción a fin de formalizar un acuerdo consensuado entre dos partes, de esa forma el adolescente tiene que tomar un rol activo en su atención de salud.

8. Abandono:

Inasistencia y/o pérdida de contacto del adolescente en proceso de tratamiento y su familia, con el programa de tratamiento, por un tiempo igual o mayor a un mes.

9. Rescate:

Acciones específicas para conocer la situación en que se encuentra la persona y lograr recuperar la asistencia al programa de tratamiento, en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes el plazo de espera no puede ser mayor a la ausencia a 2 sesiones consecutivas.

10. Adherencia al Programa de Tratamiento:

El grado en que el adolescente cumple con las prestaciones terapéuticas acordadas .

Influyen y expresan esta condición una serie de variables entre otras:

- de la propia persona, tales como las expectativas con que llega al tratamiento, motivación al cambio, en un sentido amplio, con énfasis en la problemática de drogas.
- del programa y del equipo, como las estrategias motivacionales y acompañamiento terapéutico que se realicen durante todo el proceso de tratamiento, apoyado por el equipo psicosocial de SENAME.
- Se debe realizar una evaluación de tipo cualitativa cada 3 meses con el objetivo de considerar la calidad de la adherencia así como los actores que participan en la misma (adolescente, equipos y familia).

11. Interconsultas:

Instrumento de opinión clínica especializada en relación a una hipótesis diagnóstica de un problema de salud distinto al consumo problemático de drogas. Se registran en formatos ad-hoc. y son gestionadas bajo protocolos de derivación previamente establecidos.

12. Motivo de egreso:

Se refiere a la o las razones por las cuales el adolescente se desvincula del programa terapéutico.

- Alta terapéutica: término del proceso terapéutico, de acuerdo a lo planificado y a la evaluación del equipo de tratamiento;
- Derivación a otro centro de tratamiento de adicciones: es necesario derivar a la persona a un centro que acoja la complejidad de su problemática;
- Derivación a otra instancia de salud: para resolver un problema de salud de mayor prioridad;
- Abandono: cuando la persona deja de asistir al programa de tratamiento por un tiempo igual o mayor a uno o dos meses;
- Alta administrativa: la persona es dada de alta por el equipo terapéutico, por no cumplimiento del contrato terapéutico.

13. Reinserción / integración Social.

Designa la finalidad sistémica de rearticulación y fortalecimiento de los lazos o vínculos de los y las adolescentes infractores de ley con las instituciones sociales "convencionales" básicas (familia, escuela, trabajo), a través de procesos de control, responsabilización y habilitación psicosocial. La distinción de la reinserción social como proceso también implica la posibilidad de entenderla como un estado o situación en un momento dado del tiempo.

¹⁷La reinserción social puede ser entendida como un constructo multidimensional, que describe el estado global de la situación de el o la adolescente infractor/a de ley en tres dimensiones básicas de su proceso vital de desarrollo: individual, micro - social y meso - social. En otras palabras, con el concepto de reinserción se caracteriza el estado de funcionamiento psicosocial de el o la adolescente en los ámbitos de ajuste personal y de vinculación con las instituciones sociales convencionales.

¹⁷ Informe de avance Modelo Teórico-Metodológico de Evaluación de los Programas con Infractores de Ley. Hogar de Cristo. Estudio encargado por Sename. Año 2002

a. Dimensiones del Indicador de Reinserción Social.

Los objetivos de intervención del sistema de atención a las y los adolescentes infractores de ley se orientan al cambio o modificación de un conjunto de factores y situaciones, que se expresan en las distintas dimensiones relacionadas con el desarrollo e integración social de los adolescentes.

Las dimensiones básicas consideradas y sus variables son las siguientes:

- **Dimensión Individual:** implica las variables e indicadores relativos a las conductas, habilidades, competencias y actitudes de los adolescentes, que favorecen su responsabilización y reinserción social.
- **Dimensión Micro - social:** incluye variables e indicadores relativos a la situación del adolescente en su contexto más cercano o inmediato, y que favorecen su reinserción social. En este ámbito se encuentran la familia y el grupo de pares.
- **Dimensión Meso - social:** refiere a las variables e indicadores que permiten establecer la posición e inserción del adolescente en la realidad social más amplia. Incluye el acceso a servicios de la red de apoyo institucional, la escuela y el trabajo.

<i>Dimensión individual</i>	<i>Dimensión micro-social</i>	<i>Dimensión meso-social</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No reincidencia ▪ Conductas de riesgo relacionadas con las drogas ▪ Competencias psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> – autoeficacia, – autoestima, – autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanencia con la familia ▪ Estilos parentales y de supervisión ▪ Apego Familiar ▪ Modelos Parentales ▪ Asociación con pares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inserción escolar ▪ Inserción laboral

b. Variables y conceptos de las dimensiones de la Reinserción Social.

El modelo de medición de impacto de reinserción social considera los siguientes tipos de variables:

- Variable de impacto: constituye la variable dependiente del modelo, o la medida última de la eficacia de la intervención. En este caso, se optó por considerar la no-reincidencia en las infracciones a la ley como criterio teórico operacional del impacto.
- Variables intervinientes dinámicas: son todos aquellos atributos, características o situaciones individuales y ambientales que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de reincidencia en conductas de infracción a la ley, y que son dinámicas, esto es, modificables o sensibles a los efectos de una intervención social planificada.
- Variables intervinientes estáticas: son todos aquellos atributos, características o situaciones individuales y ambientales que incrementan o disminuyen la probabilidad de reincidencia en conductas de infracción a la ley, que no son modificables por una intervención social planificada.
- Variables de intervención: son todos aquellos atributos o características de acciones planificadas de tratamiento o intervención, orientadas a tener un efecto sobre las variables de resultado o impacto, esto es, que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de reincidencia en conductas de infracción a la ley.

Las variables consideradas en el modelo son las siguientes:

- Reincidencia: Cualquier nueva inculpación o intervención probada de un adolescente como autor, cómplice o encubridor en un hecho tipificado como crimen o simple delito en el Código Penal o en las leyes penales especiales.
Será reincidente (o reinfraactor) cualquier joven inculpado o responsable de un hecho definido como crimen o delito en el Código Penal o en las leyes penales especiales.
- Conductas de riesgo asociadas al abuso de alcohol y/o drogas: Todos aquellos comportamientos de ingesta de alcohol y drogas ilegales, que impliquen una alta probabilidad de consecuencias físicas, psicológicas o sociales para el adolescente, que pueden ser consideradas negativas o dañinas; o bien, cuando su uso reiterado genere riesgos físicos importantes.
Incluye: comportamientos antisociales o violentos que son gatillados bajo los efectos de la ingesta abusiva de alcohol y/o drogas;

comportamientos antisociales o violentos derivados de la compulsión por acceder o comprar alcohol o sustancias ilegales; problemas o dificultades de funcionamiento social que resultan de la ingesta abusiva de alcohol y/o drogas en las áreas de relaciones familiares, rendimiento escolar y/o laboral y problemas legales.

- Responsabilidad por el acto: La predisposición o tendencia del joven a reconocer, desde lo cognitivo - emocional, que la conducta de infracción a la ley resultó de una elección equivocada, y que afectó o provocó daños a terceras personas.
- Responsabilidad social: La propensión o tendencia cognitiva, afectiva y conductual a conformarse y respetar las normas sociales convencionales y la autoridad, y al mismo tiempo, de desarrollo de empatía con los otros integrantes de la sociedad.
- Autoestima: La predisposición o tendencia relativamente estable a la auto - evaluación de una manera determinada (positiva o negativa), en los ámbitos cognitivo, afectivo y conductual. Es la actitud de la persona hacia sí misma.
- Autoeficacia: La convicción personal que tiene el sujeto que puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado, o la percepción de la capacidad que tiene una persona para lograr un nivel especificado o un tipo de actuación en un lugar concreto.
- Autocontrol: La percepción del sujeto en torno a su capacidad para auto - modificar (se) o inhibir la probabilidad de ocurrencia de una conducta operada sobre la base de procesos hedónicos, a través de su esfuerzo y usando recursos psicológicos propios.
- Inserción familiar: Incluye las siguientes variables relativas a la situación del adolescente en su contexto familiar: permanencia del adolescente en su grupo familiar, calidad de las relaciones e interacciones familiares, pautas de supervisión familiar y modelos conductuales familiares.
Considera los siguientes niveles o categorías:
 - *Reinserción Familiar Total*: mejoría global en la situación de inserción familiar del joven infractor. El joven permanece con su grupo familiar, y la situación es adecuada en todas las dimensiones de relacionamiento familiar.
 - *Reinserción Suficiente*: mejoría parcial en la situación del joven infractor. El joven permanece con su grupo familiar, y la situación es adecuada en una o dos de las dimensiones de relacionamiento familiar.
 - *Reinserción Insuficiente*: cambio insuficiente en la situación del joven infractor en su grupo familiar. El joven permanece con su

grupo familiar, pero la situación es negativa en todas las dimensiones del funcionamiento familiar.

- *No Reinserción*: el joven infractor no reside con su grupo familiar, o hace abandono de éste.
- Grupo de pares: Se entenderá que el adolescente se encuentra en situación de reinserción total cuando se vincule predominantemente con un grupo de pares prosocial.

Por el contrario, se lo calificará en situación de no reinserción cuando establezca relaciones con un grupo de pares antisocial. El grupo de pares antisocial: sería aquel caracterizado por el predominio de modelos actitudinales y de comportamiento que tienen una alta probabilidad de comprometer y/o provocar daños físicos, psicológicos y sociales al sujeto ejecutante y a terceras personas. Constituye un factor de riesgo o "precipitador" de la reincidencia.

El grupo de pares prosocial: sería aquel caracterizado por el predominio de modelos actitudinales y de comportamiento que tienen una baja probabilidad de comprometer y/o provocar daños físicos, psicológicos y sociales al sujeto ejecutante y a terceras personas. Constituye un factor protector de la reincidencia.

c. Evaluación del proceso de Reinserción social:

Corresponde a la apreciación que hace el equipo profesional SENAME, del grado de logro de los objetivos planteados para el o la adolescente en su Plan de Intervención Individual. Los criterios incluyen las variables consideradas anteriormente.

- *Reinserción total*: se entenderá que el adolescente se encuentra en una situación de reinserción total cuando éste cumpla con los requerimientos escolares mínimos de asistencia y rendimiento académico del establecimiento respectivo (escuela, liceo o programa de capacitación) y/o cuente con un empleo o trabajo estable.
- *Reinserción suficiente*: se entenderá que el adolescente se encuentra en una situación de reinserción suficiente cuando éste cumpla con los requerimientos mínimos de asistencia al establecimiento educacional o programa de capacitación respectivo o se encuentre en situación laboral de ocupado, pero no cuente con empleo estable.
- *Reinserción insuficiente*: se entenderá que el adolescente se encuentra en una situación de reinserción escolar insuficiente cuando éste no cumpla con los requerimientos escolares mínimos de asistencia al establecimiento educacional o de capacitación y se encuentre en situación laboral de desocupación.

- *No reinserción*: se entenderá que el adolescente se encuentra en una situación de no reinserción cuando no esté incorporado al sistema educacional, ya sea por haber abandonado voluntariamente el colegio, por no haberse matriculado o por haber sido expulsado del establecimiento o programa y se encuentre en situación laboral de inactivo.

14. Definición de algunas sanciones

En el marco de la Ley N° 20.084, que establece un sistema de responsabilidad penal de los adolescentes por infracciones a la ley penal, se definen las siguientes medidas

a. Sanciones no Privativas de Libertad:

Libertad Asistida: Consiste en la sujeción del adolescente al control de un delegado conforme a un plan de desarrollo personal basado en programas y servicios que favorezcan su intervención social.

La función del delegado consistirá en la orientación, control y motivación del adolescente, e incluirá la obligación de procurar por todos los medios a su alcance el acceso efectivo a los programas y servicios requeridos.

Libertad Asistida Especial: En esta modalidad deberá asegurarse la asistencia del adolescente a un programa intensivo de actividades socioeducativas y de reinserción social en el ámbito comunitario que permita la participación en el proceso de educación formal, la capacitación laboral, la posibilidad de acceder a programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en centros previamente acreditados por los organismos competentes y el fortalecimiento del vínculo con sus familias o adulto responsable.

La duración de ambas sanciones no podrá exceder los tres años.

b. Sanciones Privativas de Libertad:

Internación en Régimen Semi Cerrado con Programa de Reinserción Social: Esta sanción de privación de libertad consistirá en la residencia obligatoria del adolescente en un centro de privación de libertad, sujeto a un programa de reinserción social a ser desarrollado tanto al interior del recinto como en el medio libre.

Internación en Régimen Cerrado con Programa de Reinserción Social: En esta sanción importará la privación de libertad en un centro especializado para adolescentes, bajo un régimen orientado al cumplimiento de determinados objetivos que apunten al cumplimiento de los ejes de la intervención.

La duración no podrá exceder de 5 años para los jóvenes entre 14 y 16 años y de 10 años para aquellos adolescentes que tengan entre 16 y 18 años.

Los adolescentes también podrán ser derivados por el juez a una medida cautelar privativa de libertad, denominada:

Internación provisoria: es la privación de libertad impuesta a un adolescente producto de haberse formalizado a su respecto un proceso penal. Sólo procede aplicarse en el caso de haber cometido un crimen y durará solo se mantengan las circunstancias estimadas por el juez para imponerla.

ANEXO 1

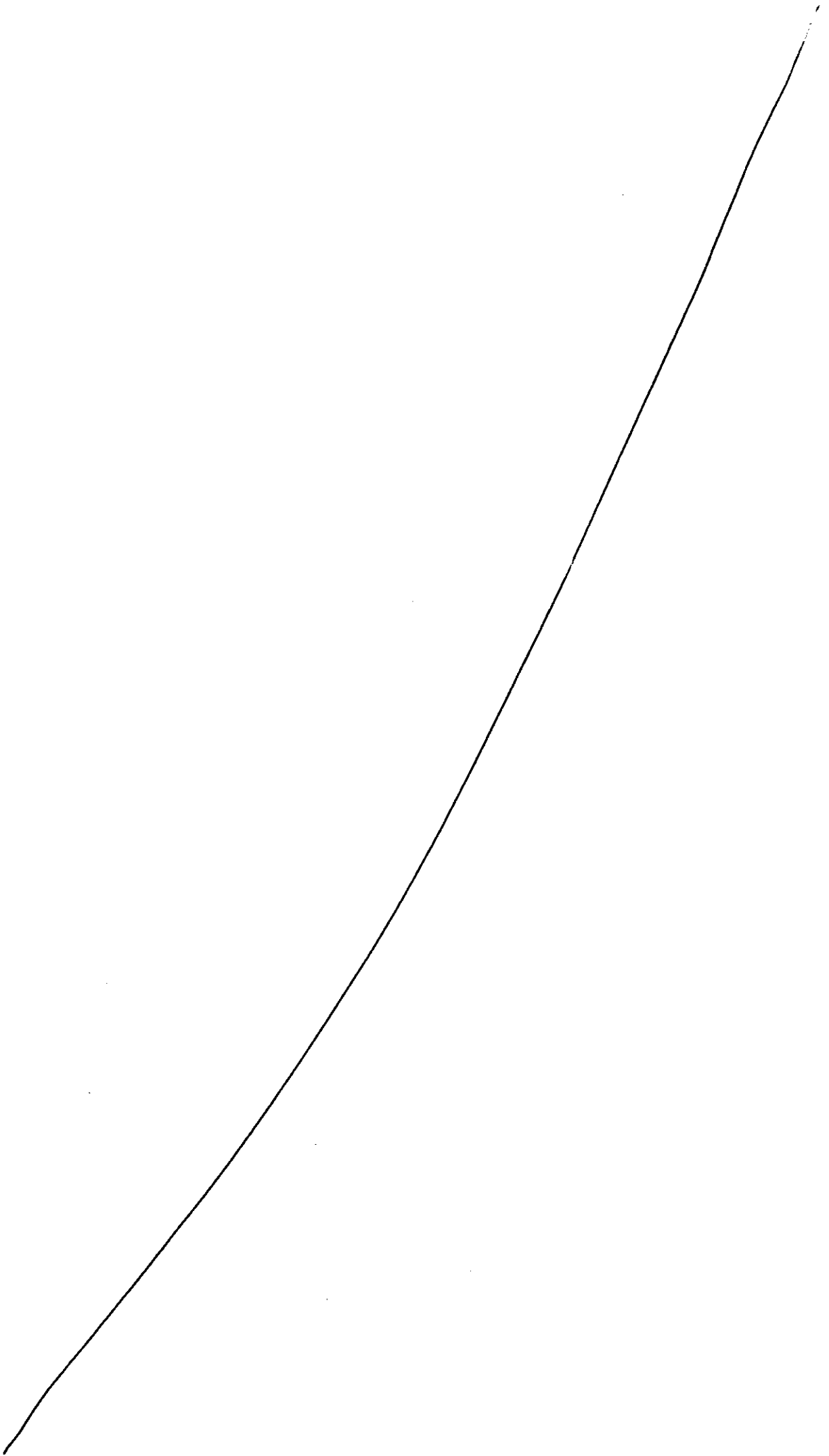
**PAUTA DE COTEJO
CRITERIOS DE CALIDAD APLICACIÓN DE LA NORMA¹⁸**

Requisitos de Calidad	Si	No
1. Abordaje biopsicosocial		
2. Preferentemente ambulatorio		
3. Enfoque integral comunitario		
4. Asegura la continuidad del tratamiento		
5. Realizada por un equipo interdisciplinario		
6. Articulada con el Plan de Intervención Individual del SENAME		
7. Evaluada periódicamente		
8. Atención coordinada con el tutor o delegado responsable del proceso de reinserción social (SENAME)		
9. Ingreso en un lapso no superior a de 72 horas		
10. Ingreso con Consentimiento Informado		
11. Profesional o técnico como referente durante todo el proceso de tratamiento		
12. Mecanismos definidos y formalizados de derivación entre los dispositivos de la Red.		
13. Actividades de autocuidado continuas y específicas del equipo.		
14. Actividades de asesoría clínica externa continua y específica para el equipo.		
15. Actividades de capacitación continua y específica del Equipo		
16. Supervisión planificada permanente		
TOTAL		

¹⁸ Revisión Dra. Gilda Gnecco Escuela Salud Pública U de Chile

Ponderación

1. Si se cumplen todos los requisitos la atención brindada es de excelencia Se aplican las orientaciones
2. Si se cumplen 13 a 15 requisitos de calidad de atención es muy buena
3. Si se cumplen 12 a 14 requisitos de calidad de atención es bueno. Se sugiere revisar situaciones problema
4. Si se cumplen 11a 13 requisitos de calidad de atención es regular Es imprescindible revisar la aplicación de las orientaciones y las estrategias definidas para su aplicación
5. Si se cumplen menos de 10 a 11 requisitos de calidad de atención es mala No se están aplicando las orientaciones



ANEXO 2

PLAN DE MONITOREO¹⁹

Norma Técnica para el Tratamiento Integral en Adolescentes Infractores de Ley, con Problemas de Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y otros Trastornos de Salud Mental
En el marco de la Ley N° 20.084 del 7 de Diciembre de 2005

a.- TIPO DE INDICADOR	DIMENSION DE LA CALIDAD QUE MIDE	b.- DESCRIPCIÓN	c.- FORMATO	d.- FUENTE DE DATO	e.- PERIODICIDAD	f.- RESPONSABLE	g.- NIVEL DE DECISION
1.- Estructura	Accesibilidad	N° de Unidades Clínicas para adolescentes privados de libertad en SENAME para desintoxicación y compensación de casos psiquiátricos agudos, con camas, habilitadas	° Total de Unidades	Catastro País de SENAME Certificación	Anual	Coordinadores Nacionales CONACE SENAME	MINSAL, CONACE SENAME
2.- Resultado	Accesibilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas y otros trastornos de salud mental que son atendidos en Centros Privativos de libertad	N° Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático en – Drogas y Alcohol y otros trastornos de salud mental que son atendidos en Centros privativos de libertad N° Total de Adolescentes Infractores de Ley en centros privativos de libertad del periodo X 100	Registro de Ingreso Registro Ad – Hoc	Trimestral	Coordinador Equipo Salud Mental Comunitario con Prog. intensivo De drogas del centro privativo de libertad	MINSAL, CONACE SENAME

¹⁹ Redacción final Dra. Gilda Gnecco Escuela Salud Pública U. de Chile con la colaboración de EU Patricia Naváez y A.S. María Angélica Caprile Dpto. Salud Mental Minsal

3.- Resultado Centinela	Accesibilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol - Drogas, con intoxicación severa y/o descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía.	N° de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas con Consumo de Alcohol - Drogas con intoxicación severa y/o descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía N° Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol - Drogas. 100 X	Registro de Ingreso - Egreso	Trimestral	Coordinador Unidad DE hospitalización Corta Estadía, en medio privado de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud
4.- Resultado Centinela	Mide Accesibilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía.	N° Adolescentes Infractores de Ley con descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía. N° Total de Adolescentes Infractores de Ley ingresados a unidad de corta estadía. 100 X	Registro de Ingreso - Egreso	Trimestral	Coordinador Unidad DE hospitalización Corta Estadía, en medio privado de libertad y en medio libre.	MINSAL, Servicio de Salud SENAME
5.- Resultado Centinela	Accesibilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol - Drogas que es atendido en Centros de Salud Mental Comunitaria y Drogas	N° Adolescentes Infractores de Ley con Consumo de Alcohol - Drogas que es atendido en Centros de Salud Mental Comunitaria y Drogas N° Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol - Drogas referidos por el juez	Registro de Ingreso Registro Ad - Hoc	Trimestral	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en medio privado de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud

6.- Resultado	Competencia Profesional	<p>% de Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático en drogas y alcohol</p> <p>Problemas asociados que es atendido de acuerdo a la Guía Clínica correspondiente en el Centro de Salud Mental y Drogas</p>	<p>para tratamiento</p> <p>X 100</p> <p>N° Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático atendido de alcohol y drogas de acuerdo a orientaciones de la Guía Clínica en el Centro de Salud Mental y Drogas</p> <p>N° Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas de Consumo de Alcohol – Drogas atendidos en Programa de Salud Mental y Drogas</p> <p>X 100</p>	<p>Ficha de Auditoria de la ficha Clínica</p> <p>Registro Ad – Hoc</p>	Semestral	<p>Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en medio privativo de libertad y en medio libre.</p>	<p>MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud</p>
7.-Proceso	Oportunidad	<p>% de Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático de Alcohol – Drogas, sin sanción asociada, referidos por delegad y/o equipo SENAME</p>	<p>N° Adolescentes Infractores de Ley con consumo de Alcohol – Drogas, sin sanción accesoria referidos por delegado y/o equipo SENAME</p> <p>N° Total de Adolescentes Infractores de Ley con consumo de Alcohol – Drogas ingresados al Programa de Salud Mental y Drogas</p> <p>100</p> <p>X</p>	Registro de Ingreso	Semestral	Delegado o equipo psicosocial de SENAME	<p>MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud</p>

8.-Proceso Centinela	Oportunidad	<p>% de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo de Alcohol – Drogas, y otros Trastornos Psiquiátricos referidos por el Juez respectivo, ingresados antes de 72 Hrs.</p> <p>Idem ingresados por Delegado o equipo Sename si no hay sanción accesoria</p>	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas referidos por el Juez respectivo, ingresado antes de 72 hrs</p> <hr/> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas ingresados al Programa de Salud Mental y Drogas</p> <p>X 100</p>	<p>Ficha de Auditoría de la Ficha Clínica</p> <p>Registro de Ingreso Centro</p>	Semestral	Coordinador programa de drogas, en privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME
9.-Proceso Centinela	Competencia Profesional	<p>% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas, referidos e ingresados con Consentimiento Informado firmado por el adolescente.</p> <p>Idem por Tutor.</p>	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas ingresados con Consentimiento Informado, firmado por el adolescente.</p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas ingresados al Programa de Salud Mental y Drogas</p> <p>X 100</p>	<p>Ficha de Auditoría de la Ficha de Ingreso</p> <p>Registro de Ingresos</p>	Trimestral	Coordinador Programa de drogas, en privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud

10.- Resultado	Competencia Profesional Efectividad	% de Adolescentes infractores de Ley con Consumo problemático Alcohol – Drogas, ingresados, con confirmación diagnóstica al mes de su ingreso al Centro	N° Adolescentes Infractores de Ley con Consumo problemático de Alcohol – Drogas ingresados, con confirmación diagnóstica al mes de su ingreso N° Total de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo problemático de Alcohol – Drogas ingresados al Programa de Salud Mental y Drogas X 100	Ficha de Auditoría de la Ficha de Ingreso Registro de Ingresos	Trimestral	Profesionales del equipo de drogas – Coordina- dor del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud
11.- Resultado	Efectividad Continuidad Competencia Profesional	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas, egresados y con seguimiento por lo menos un año.	N° Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas egresados y con seguimiento por lo menos un año N° Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas egresados del Programa de Salud Mental y Drogas X 100	Ficha de Auditoría de la Ficha Clínica Registro de Ingresos - Egresos	Semestral	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud

12.- Resultado	Competencia Profesional	% de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, capacitados en temas atingentes.	N° de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, capacitados en temas atingentes. N° Total de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley. X 100	Registro de Capacitación Registro de RRHH	Anual	MINSAL, CONACE, SENAME	MINSAL, CONACE, SENAME Servicio de Salud
13.- Resultado	Competencia Profesional Seguridad	% de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que practica Autocuidado del equipo	N° de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que practica Autocuidado del equipo. N° Total de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley. X 100	Registro de Capacitación Registro de RRHH	Anual	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en medio privado de libreta y en medio libre.	MINSAL, CONACE, SENAME
14.- Resultado	Competencia Profesional Seguridad	% de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que son supervisados sistemáticamente por el Servicio de Salud respectivo	N° de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que son supervisados sistemáticamente por el Servicio de Salud respectivo. N° Total de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley en el respectivo Servicio de Salud.	Registro del Plan de Supervisión del Servicio de Salud	Semestral	Servicio de Salud	MINSAL, CONACE, SENAME Servicio de Salud

15.- Resultado	Competencia Profesional Seguridad	% de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que son asesorados clínicamente y sistemáticamente por CONACE Y MINSAL	Nº de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que son asesorados clínicamente y sistemáticamente por CONACE Y MINSAL Nº total de equipos de salud mental que atienden a adolescente infractores de ley X 100	Registro del Plan anual de Asesoría clínica CONACE MINSAL	semestra I	Coordinadores nacionales CONACE MINSAL	CONACE MINSAL SENAME
16.- Resultado Centinela	Competencia Profesional Continuidad	% de Adolescentes Infractores de Ley, que abandonan el tratamiento por un tiempo igual o mayor a un mes.	Nº de Adolescentes Infractores de Ley, que abandonan el tratamiento por un tiempo igual o mayor a un mes Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley en tratamiento X 100	Registro de Citaciones	Trimestral	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y en medio libre	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud
17.- Resultado Centinela	Competencia Profesional Seguridad	% de Adolescentes Infractores de Ley, en tratamiento que abandonan tratamiento y son rescatados	Nº de Adolescentes Infractores de Ley, en tratamiento que abandonan tratamiento y son rescatados Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley en tratamiento. X 100	Registro de citaciones Registros de Intervenciones de Rescate	Trimestral	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y en medio libre	MINSAL, CONACE SENAME

18.- Resultado Centinela	Competencia Profesional Continuidad	% de Adolescentes infractores de Ley, que mantienen adherencia al tratamiento en un año	N° de Adolescentes infractores de Ley, que se mantienen en tratamiento por 12 meses N° Total de adolescente en tratamiento con medida privativos de libertad y en medio libre X 100	Registro del Plan de Supervisión del Servicio de Salud Registro de RRHH	Anual	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME
--------------------------------	---	---	---	--	-------	---	-----------------------------

ANEXO 3

VARIABLES		TIPO DE CONSUMO PROBLEMA ²⁰	
		PERJUDICIAL	DEPENDENCIA
Edad de inicio de consumo		Entre 12 y 14 años	Antes de 12 años
Sustancia o droga consumida		Alcohol y marihuana con asociación ocasional a otras drogas	Policonsumo (> de 3 drogas) PBC, Heroína, Inhalantes
Frecuencia del consumo actual		Habitualmente los fines de semana.	Todos los fines de semana y/o diario.
Consumo Sostenido		De 3 meses a 6 meses	Más de 6 meses
Consumo Socializado o no		En Grupo y solo	Mayor tendencia al consumo solitario
Via de Administración		Una vía, no inyectable	Inyectable Más de una vía
Consecuencias de la intensidad de consumo		Primer episodio evidente de: accidente, violencia, autoagresión.	Accidentes reiterados. Violencia reiterada. Autoagresiones frecuentes. Coma etílico y/o por consumo de otra sustancia. Intoxicación por drogas
Criterios de dependencia		Con criterio de consumo abusivo, Sin criterios de dependencia	Existen criterios de dependencia
Motivación al consumo	Fisiológicas	Evitar hambre y frío Dormir Bajar de peso Aumentar masa muscular	Dependencia física Evitar dolores físicos
	Emocionales	Las indicadas en consumo con bajo riesgo, además de: Ansiedad y Angustia Efecto Anestésico emocional Aumentar Animo (En asociación, 2 o más)	Conjunto de motivaciones con significación patológica o con relación a conductas disociales
	De desempeño y Adaptación	Integración social, en distintos ámbitos	Realizar desempeños que infringen la ley Cuando el uso de la droga deja de ser efectivo para el objetivo o significado pensado.

²⁰ Elaboración CONACE

ANEXO 4

A continuación se presenta una tabla²¹ que consta de una serie de variables, que permite apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial. No es susceptible de una puntuación cuantitativa. Más bien, en cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la persona, pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso (requiere validación empírica), es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

DIMENSION BIOPSIOSOCIAL				
AREAS	COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL (CBPS)			
	CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO	
SALUD FÍSICA Y MENTAL	SALUD FÍSICA GENERAL	Estado nutricional normal P/E; P/T Sin molestias o patología somática Conocimiento de presencia de enfermedad crónica con tratamiento estable y responsable. Existen iniciativas de autocuidado de la salud física, estables en el tiempo.	Alto riesgo de compromiso somático, por patología aguda, molestias somáticas diversas, Conocimiento de presencia de enfermedad crónica con tratamiento intermitente. Disminución del peso corporal referido. Lesiones de piel (infecciones focalizadas, quemaduras). Presencia de caries dentales. Riesgo de desnutrición. Existen al menos una o dos iniciativas de Autocuidado relacionadas a su salud física	Existe un evidente compromiso de enfermedad somática: Infecciones respiratorias, Desnutrición (P/T, P/E, T/E), Infecciones de piel y fanereos severos y generalizadas Presencia de enfermedades crónicas no diagnosticada o diagnosticada pero con abandono de tratamiento actual. Presencia de caries dentales con pérdida de pieza e infecciones Pérdida o abandono de autocuidado físico
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Inicio de actividad sexual sin protección, riesgo de embarazo, riesgo de ITS. Existen iniciativas de consulta a la red de salud en pos de ayuda o información.	En ocasiones, actividad sexual sin protección, Presencia de ITS, por primera vez. Alto riesgo de embarazo. No hay iniciativas personales de consulta a la red de salud, (a pesar de saber que es necesario). Ha utilizado al menos una vez la atención primaria en salud sexual y reproductiva, debido a acompañamiento o derivación de terceros. Embarazo llevado a término bajo cuidados y control médico.	Actividad sexual sin protección, ITS a repetición. Repetitivos embarazos, abortos naturales o inducidos, sin control médico. Embarazo adolescente llevado a término, sin cuidados, ni control médico prenatal. Prácticas de comercio sexual.

	SALUD MENTAL	Presencia de caracteres propios de la crisis de la adolescencia: inestabilidad emocional, anhedonia, presentismo, hedonismo, entre otras. Sin presencia de psicopatología.	Presencia de alteraciones psicológicas secundarias o no al consumo de drogas. En caso de que dichas alteraciones sean secundarias al consumo de drogas puede manifestarse como síndrome de abstinencia moderado. Ideación suicida sin intencionalidad. Psicopatología crónica compensada como trastorno por ansiedad, trastorno del ánimo moderado.	Con psicopatología aguda o crónica descompensada (trastorno esquizofrénico, trastorno de ansiedad grave, trastorno del ánimo, incluido el bipolar). Presencia de alteraciones psicológicas asociadas al consumo de drogas, como síndrome de abstinencia severo, entre otros. Intento de suicidio.
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL	Capacidad relacional y adaptativa	Internalización de límites, normas, en algún contexto específico (escuela, familia, comunidad). Problemas con figuras de autoridad con resolución no violenta. Proceso de autonomía e independencia situado en el conocimiento y la experimentación, con capacidad de autocontrol en contextos específicos. Sin mayores dificultades en su inserción de escuela, de grupo de pares o de comunidad. Cuando estas dificultades han ocurrido han sido más bien hechos aislados y reactivos a situaciones transitorias.	Internalización de límites y normas vivida con conflicto, en los últimos 6 meses. Dificultades en proceso de separación y de autonomía. Integración e inserción a grupo de pares vivida con tendencia a la dependencia o aislamiento. Tendencia al conflicto relacional con resolución a través de la violencia sin daños directos a personas (intra o extra familiar). Integración parcial a red social. Al menos en una ocasión ha estado en el circuito DEPRODE y DEDEREJ (SENAME)	Conflicto familiar, entre pares, o escuela, con resolución a través de agresividad y provocación permanente. Nula tolerancia a la frustración. Grave dificultad en proceso de separación y autonomía. En conflicto con la ley. Sin lugar físico de protección y/o contención. Puede darse el aislamiento social. Exclusión social. Violencia como referente de identificación. Incluye daños directos a las personas (familiar o extrafamiliar) Sin integración a redes sociales formales Varias entradas a centros de SENAME (DEDEREJ)

FAMILIA	FIGURA VINCULA R O PROTECT O RA	<p>Hay presencia de figura vincular, aunque con estilo de vínculo que oscila entre el alejamiento afectivo y la cercanía.</p> <p>Las necesidades infantiles no son el foco, aunque son percibidas en situaciones de mayor urgencia.</p> <p>La empatía surge ante los problemas, aunque no visualiza las necesidades en forma permanente.</p> <p>Existen además, otro tipo de vínculos, que son significativos y no protectores, que tienen alta importancia para el joven y que pueden fortalecer el tratamiento, en su parte individual.</p>	<p>Existe una figura significativa, pero con importantes dificultades en la contención.</p> <p>Existe otro significativo, pero su capacidad de protección no es efectiva.</p> <p>Escasa empatía. Tendencia a centrarse en las propias necesidades, incorporando al niño, niña o adolescente a ellas.</p>	<p>En la actualidad no se manifiesta como tal.</p> <p>En la historia, abandono, negligencia.</p> <p>Sin capacidad de protección y contención de la figura significativa (adulto).</p> <p>La(s) figura(s) significativa(s) expone al niño, niña a situaciones dolorosas, estresantes, de manera repetida y crónica.</p> <p>Figura inaccesible, insensible, peligrosa, amenazante, impredecible, rechazante.</p>
---------	--	---	--	--

	FAMILIA	<p>Familia estructurada, rígida. Dificultad para establecer normas y límites, roles y funciones. Padres compiten por dominar. Relaciones de dominancia-sumisión. Parentalidad parcial. Autonomía en la función parental, pero son dependientes en momentos de crisis. Roles estereotipados. Tendencia a no supervisar. Presencia de trabajo informal, Cesantía intermitente. Ausencia parental por muerte o abandono. Familia uniparental. Comunicación rígida y estereotipada, cerrada a nuevas ideas. Relación con relativa desconfianza. Necesidad de control rígido de sí mismo y de los otros. Ambivalencia no aceptada. Presencia de trastornos de conducta, neurosis en alguno(s) de sus miembros</p>	<p>Parentalidad disfuncional con padres transitoriamente incompetentes. Pérdida de roles de las figuras de autoridad: ausencia de límites y normas claras, incoherencia en la supervisión. Falta de reconocimiento y aceptación del hijo/a. Cesantía. Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento de algún miembro. Abandono afectivo de la familia. Hacinamiento. Castigo físico o psicológico como estrategia de crianza. Lazos débiles o distantes. Hostilidad. Individuación a través de la distancia. Presencia de adicciones, psicosis reactivas, trastorno psiquiátrico compensado, depresiones, en alguno(s) de sus miembros. Mantiene relaciones con familia extensa.</p>	<p>Estructura familiar coalición padre/hijo (generalmente madre/hijo problemático, padre inefectivo y excluido). Parentalidad disfuncional severa y crónica, hasta la toxicidad parental. Familia ausente o presente multiproblemática. VIF (psicológica y física) y/o maltrato, abuso sexual como pauta relacional. Alcoholismo y drogadicción en miembros de la familia. Fusión, límites difusos, identidades poco claras, acusaciones, chivos emisarios, invasiones. Desconfiada, percepción de maldad. Cesantía crónica o indigencia. Familias desvinculadas de las redes. Impermeables a la ayuda profesional. Presencia de trastorno psiquiátrico grave, conductas infractoras. Abandono afectivo y material.</p>
REPARACIÓN		<p>Tendencia a desconfiar de sí mismo o de los demás. Siente dudas de ser querido/a. Responde positivamente ante vínculo protector, aunque reserva cierta ambivalencia.</p>	<p>Contextos de negligencia. Vivencia de maltrato y violencia. Experiencia de abandono. Traumatización por experiencia de abuso o maltrato sufrida en algún momento de la infancia que no es capaz de recordar. Tendencia a fusionarse en las relaciones, a inhibirse y/o a agredir sin motivos claros.</p>	<p>Contextos de violencia física, caos, violencia. Contextos cambiantes, inestables, amenazantes. Politraumatización por experiencias repetidas de abuso o maltrato. Vivencia de "la vida es así". Maltrato y violencia física y psicológica sostenida en el tiempo. Abuso sexual y violación (intra o extrafamiliar), y/o crónico. Patología del abandono. Desconfía, teme la relación, exige, actúa su sufrimiento. Sin acceso a la palabra.</p>

<p>CONTEXUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA INFRACTORA</p>	<p>ASPECTOS SOCIO-CULTURALES</p>	<p>Construcción identitaria infractora vivida con cierta flexibilidad por parte de los jóvenes. El joven identifica posibilidades y tiene claro que este es un momento en su vida, no un paso necesario. Vive la infracción de ley como algo momentáneo. Se asocia a la existencia de intereses y motivaciones en lo cultural.</p>	<p>Construcción identitaria en torno a la infracción de ley, "cultura canera" incorporada, pero con flexibilidad. Es decir, que hay otros referentes posibles con los cuales identificarse. Aunque se ven lejanos y hay cierta desesperanza en el discurso, existe dicha visualización. La imagen social de la vestimenta del infractor cobra importancia, ocasionando conductas delictivas</p>	<p>Construcción identitaria en torno a la infracción de ley, cultura canera incorporada bajo un marco de rigidez. El joven considera que la infracción de ley es la única manera de salir adelante. Hay una idealización de llegar a ser mejor infractor (internacional) La imagen social de la vestimenta del infractor cobra importancia y status entre pares, ocasionando conductas delictivas en su búsqueda.</p>
---	----------------------------------	--	---	---

<p>CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA INFRACTORA</p>	<p>CONDUCTA INFRACTORA</p>	<p>Trasgresión ligada al proceso de desarrollo y genera crisis aisladas en el espacio familiar. Dificultad del entorno para manejo de este tipo de trasgresión. Relacionada con aceptación de grupo de pares y características propias de la adolescencia. Conducta infractora aislada no repetitiva, ocasional y sin provocar daños importantes a las personas, animales y/o propiedad.</p>	<p>En hogar y entornos "significativos"/individual Tendencia al conflicto relacional. Dificultad en la internalización de límites y normas. Actitud provocadora y de desafío a la autoridad en forma reiterada. Conducta infractora: Presencia de hurtos ocasionales Individuación a través de la trasgresión. Conducta trasgresora puede ser parte de su cultura familiar. Si no lo es, los lazos se dañan.</p>	<p>Presencia de historia de vida asociada al delito. Dependencia a grupo de pares y de adultos con conducta delictual. La actividad asociada al delito cobra una gran relevancia a nivel cognitivo y conductual. Definimos algunas categorías a tener en cuenta para la evaluación.</p> <p><u>Menor severidad:</u> cuando esta responde a presencia de eventos psicoestresantes graves Ej. abuso sexual, muerte de uno de los padres, abusos físicos graves y persistentes, conflictos armados.</p> <p><u>Mediana severidad:</u> se encuentran comportamiento graves asociado a daños de las personas, animales, propiedad dentro y fuera de su hogar, pero los actos se realizan para obtener dinero para consumir y en ocasiones bajo los efectos de las drogas . Se inició la conducta trasgresora después de los 10 años, asociado a comorbilidad psiquiátrica (Déficit Atencional, Enfermedad bipolar tipo I, entre otros)</p> <p><u>Mayor severidad:</u> inicio de las conductas infractoras antes de los 10 años, patrón persistente y repetitivo de agresión a otras personas especialmente, además destrucción de la propiedad, violaciones graves de las normas dentro y fuera de su hogar, tendencia a realizar estas actividades en forma aisladas, o asociados a grupo con fuerte desarrollo delictual, padres o hermanos con evidencia de personalidad antisocial. Dificultad para empatizar con las víctimas y de responsabilizarse por sus conductas infractoras. Actividades relacionadas con la infracción mantenidas por 1 año y con gran frecuencia. Internalización de conductas</p>
--	----------------------------	---	---	--

INTEGRACIÓN SOCIAL	VIDA DE CALLE	Escasa Permanencia Ocio /Pares	Diaria y creciente. Trabajo Pares	Gran parte del día o todo el día. En Actividades de sobrevivencia. En transición o situación de la calle ("caletas")
	ESCUELA O LICEO	Ciertas dificultades de rendimiento o conductas pero que cuando existen logran ser manejadas por padres y/o apoderados. Escuela acoge, apoya.	Predesertor escolar o con alto riesgo de deserción definitiva. Estigmatización escolar. Maltrato en escuela. Mal rendimiento. Repitencias de cursos, abandono escolares por periodos breves. Retraso pedagógico, trastornos de aprendizaje, cambios de colegio y suspensiones. Presencia de algún vínculo significativo. Existe alguna motivación con asistir a la escuela.	Deserción escolar de 1 ó más años. Mal rendimiento y mal comportamiento, en círculo vicioso. Importantes dificultades conductuales. Experiencia de discriminación, maltrato, estigmatización y abandono escolar. Sistema escolar con posturas rígidas e inflexibles (tendencia a la expulsión, intolerancia.
	GRUPO DE PARES	Dificultades transitorias y reactivas a situaciones puntuales. Grupo de pares permanente, con actividades recreativas de distinta índole. Sin conductas disociales.	Alto riesgo de aislamiento o de inserción en grupos con graves dificultades conductuales. Cambios permanentes de grupos. Ocasionalmente se incorpora a grupo de pares con conductas infractoras, de consumo y de violencia.	Pertenencia a grupos con conductas disociales (conductas infractoras, de consumo y de violencia), o grupos de caleta. Sin referencia a otros grupos de pertenencia.

	COMUNIDAD	Participación en grupos validados en la comunidad. Comunidad participativa, cohesionada, apoyo social y protección a niños, niñas y adolescentes. Recursos comunitarios limitados, pero existen.	Problemas de integración e inclusión social. Ausencia de apoyo social. Escasos recursos comunitarios. Barrio altamente conflictivo. Accesibilidad a sustancias y tráfico. Comunidad que cuenta con recursos pero no son efectivos para los jóvenes. Contexto social con violencia ocasional. Contexto que valore la realización de actividades formales (estudio y trabajo)	Problemas de integración e inclusión social. Ausencia de apoyo social, escasos recursos comunitarios. Barrio altamente conflictivo. Accesibilidad a sustancias y tráfico. Barrios con aceptación de consumo, tráfico u otras conductas delictivas. Contexto social con violencia sostenida. No existe una comunidad organizada, o comunidad que no se integra a redes a redes formales o informales. Contexto que valora las actividades productivas informales, descalificando las formales.
	RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE	Logra armonizar tiempos de labores con de ocio y tiempo libre en actividades adecuadas a su desarrollo sano. Carretes ocasionales.	Organiza tiempo, con aficiones diversas, inquietud cultural, deportiva recreativa. Carrete permanente los fines de semana.	El carrete forma parte del sentido vital

VII Bibliografía

1. American Psychiatric Association .DSM IV.Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed Masson,Barcelona.1995.
2. Arón, Ana Maria, Modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile, en Lolás et al. Ciencias Sociales y Medicina, Perspectiva Latinoamericana. Universitaria, Santiago 1992.
3. Balcázar Fabricio, Ph.D; Montero Maritza,Ph.D, Newbrough,PhD, "Modelos de Psicología Comunitaria para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en las Américas". Cap 4 y 5.OPS, 2001.
4. Barudy, Jorge; Dantagnan, Maryorie, "Los Buenos Tratos a la Infancia. Parentalidad, apego y resiliencia". Editorial Gedisa, Barcelona, 2005.
5. Bernuz Benitez,MJ,"La percepción de los jóvenes antisociales como grupo de riesgo social".Univ de Zaragoza. España. En la seguridad en la sociedad de riesgo. Un Debate abierto. Atelier, Barcelona, 2003.
6. Buela Casal, G; Sierra, JC; Caballo, E, V. "Manual de la Evolución de la psicología clínica". Ed Siglo XXI, Madrid, España. 1996.
7. Colapinto, J. (1997), "Los Patrones que desconectan. Acerca del sistema de los Hogares de Guarda". Nueva York: Family Therapy Networker. N° 50 de Perspectivas Sistémicas.
8. Consumo abusivo de drogas en niños y jóvenes de la Red del Servicio Nacional de Menores: Diagnóstico y Propuesta de Intervención, Documento de Trabajo N° 16, Servicio Nacional de Menores, Abril 2001.
9. Convención Internacional de los Derechos del niño. Ratificada por Chile 1990.
10. De Salvador, Gloria Inés, Seminario y Taller Programas para Población Adolescente (material de apoyo, presentaciones multimedia) CONACE, Chile, 18-19 de octubre 2002.
11. Documento Curso: "Intervención Familiar en Familias con un Miembro con Problemas de Drogas". Área Capacitación y proyectos, CONACE, Gobierno de Chile, Mayo 2005.
12. Drogas. Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes. Orientaciones Técnicas desde una mirada Comprensivo Evolutiva. CONACE, Gobierno de Chile, 2004.
13. González, J de J; Romero, J; De Taura, F. "Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes". Ed. Trillas, México. 1986.

14. IV Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile. CONACE - Dirección de Estudios Sociológicos (DESUC) de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Mayo 2001.
15. Marlatt, G. A.; Parks, G., and Witkiewitz, K. "Clinical Guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy". Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, University of Washington, 2002.
16. Marlatt, G. A.; Parks, G., and Witkiewitz, K. "Clinical Guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy". Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, University of Washington, 2002.
17. Marlatt, G.; "La prevención de recaídas en las conductas adictivas; Un enfoque de tratamiento cognitivo conductual. En M Casas y M Gossops (Eds). Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y Prevención de recaída. Ediciones en Neurociencias, Barcelona, p.137-159. 1993.
18. McCarney, Willie, "Restorative Justice, An International Perspective. Journal of the Center for Families, Children & the Courts", 2001, en: <http://www.courtinfo.ca.gov/programs/cfcc/> y también en los archivos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, en Conferencia dada por el autor el día 7 agosto 2003.
19. Mettifogo, D. Sepúlveda, R. La situación del tratamiento de jóvenes infractores de ley en Chile. CESC. 2005.
20. Mettifogo, D. Sepúlveda, R. Trayectorias de vida de jóvenes infractores de ley. CESC. 2005.
21. Milán, Ana María, "Metodología de atención en adolescentes con consumo de sustancias", Revista EL OBSERVADOR Nº 19 del Servicio Nacional de Menores SENAME, tercer trimestre 2001, pags. 33-46.
22. Ministerio de Justicia, Ley No 20.084 Publicada en Diario Oficial 7/12/05.
23. Ministerio de Salud de Chile, "Guía Clínica Primer episodio Esquizofrenia. 1st Ed Santiago; Minsal, 2005.
24. Ministerio de Salud Guía Clínica " Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en adolescentes de 10 a 19 años" Chile 2006.
25. Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría", Unidad de Salud Menta MINSAL, 2000.
26. Ministerio de Salud, Norma Técnica " Medidas de Contención para personas con enfermedad mental en episodio de agitación psicomotora" Chile 2003.
27. Modelo Integral: Prevención selectiva y Tratamiento de Drogas para Niños y Adolescentes en Vulnerabilidad Social. Modalidad de Intervención Psicosocial. CONACE, Gobierno de Chile, 2005.

28. Moneta María E., El Apego. Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-Hijo. Ed. Cuatro Vientos, Stgo. de Chile 2003.
29. Montenegro H; Guajardo H, "Psiquiatría del niño y del adolescente", Parte VI Adolescencia.2da edic. Ed Mediterráneo. Santiago. Chile .2000.
30. Muzzo, S; Burrows, R. "El adolescente chileno: características, problemas y soluciones". Ed. Universitaria, Santiago, Chile. 1986.
31. Rodríguez Sacristán,J "Psicopatología del niño y del adolescente".Tomo I-II.2daedic.Publicaciones de la universidad, Universidad de Sevilla, España.1998.
32. Selvini-Palazzoli, Mara; Boscolo, Luigi; Cecchin, Gianfranco; Prata, Giuliana (1980) "Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conduction of the session" en Family Process, vol. 19, 1, pags. 1-7. En Español, "Crónica de una investigación. La evolución de la Terapia Familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli". Barcelona, Ed. Paidós, 1990.
33. Servicio Nacional de Menores " Orientaciones Técnicas " Dpto. de Derechos y Responsabilidad Juvenil Chile 2005.
34. Silva, F. "Evolución psicológica en niños y adolescentes". Ed. Síntesis, Madrid, España. 1995.
35. Vásquez y Otros, Justicia juvenil. Corporación Opción, 2005.
36. VI Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile. CONACE, Gobierno de Chile, 2004.

Orientaciones Técnicas

Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley



Orientaciones Técnicas

Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley
Edición 2007

Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)
Ministerio del Interior
Gobierno de Chile

Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Departamento de Derechos y Responsabilidad Juvenil
SENAME

Registro de Propiedad Intelectual: N° 167.745
I.S.B.N. : 978-956-7808-75-5

Diseño y diagramación: controlzeta.cl
Impresión: Andros Impresores

Índice

	Página
Presentación	5
Grupo de trabajo	6
Capítulo I. Bases conceptuales para la atención	7
1. Antecedentes	8
1.1. Estudios epidemiológicos	9
1.2. Perfil de los adolescentes en programas SENAME	11
1.3. Características del uso de sustancias en adolescentes infractores de ley	13
1.4. Vulnerabilidad psicosocial en adolescentes infractores	16
1.5. Adolescente y transgresión de ley. Relación droga y delito	17
2. Modelo de intervención	20
2.1. Fundamentos teóricos	20
2.2. Principios orientadores	21
2.3. Variables involucradas en el tratamiento integral del adolescente	23
2.4. Aspectos transversales en la intervención terapéutica en adolescentes infractores de ley	28
3. Esquema general del programa de tratamiento	33
Capítulo II. Lineamientos técnicos para la atención integral	35
Introducción	36
1. Flujogramas de los procesos de atención en adolescentes infractores de ley	37
2. Sospecha del consumo problemático en adolescentes infractores de ley	42
2.1. Procedimiento de sospecha diagnóstica y tamizaje	42
2.2. Derivación asistida	44
3. Confirmación diagnóstica del consumo problemático	45
3.1. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor con sanción accesoria	46
3.2. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor sin sanción accesoria	47
4. Ingreso al programa de tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas	48
4.1. Criterios administrativos de ingreso al programa	48
4.2. Consideraciones al ingreso al programa de tratamiento	48
5. Diagnóstico	52
5.1. Diagnóstico integral	52

6. Tratamiento	62
6.1. Plan individual de tratamiento integral (PITI)	62
6.2. Modalidades de tratamiento	64
6.3. Intervenciones terapéuticas	69
6.4. Etapas del tratamiento	70
6.5. Tratamiento farmacológico	98
7. Equipo y autocuidado	105
Anexos	113
Anexo 1. Tabla de evidencia científica	114
Tabla 1. Clasificación de la evidencia según diseño	114
Tabla 2. Clasificación de evidencia	114
Anexo 2. Ficha clínica del niño, niña y adolescente	117
Anexo 3. Compromiso biopsicosocial	128
Tabla de definición de prestaciones	134
Anexo 4. Esquema general sobre protección de la infancia	135
Bibliografía	137

Presentación

El presente documento es resultado del trabajo intersectorial llevado a cabo para responder en forma conjunta y coordinada a la atención de salud integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas.

En virtud de la puesta en vigencia de la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Juvenil, el Ministerio de Justicia, a través del Servicio Nacional de Menores (SENAME); el Ministerio del Interior, a través del Área de Tratamiento del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, conforman una mesa técnica para diseñar la atención sanitaria que dé respuesta a la demanda de esta población durante el cumplimiento de la sanción penal.

Dadas las particularidades de la población objetivo, que presenta una condición de alta vulnerabilidad por la complejidad de su perfil biopsicosocial, la intervención clínica es altamente especializada.

Del mismo modo, se propone que los equipos de salud mental y drogas, y socioeducativos responsables de la atención integral del adolescente infractor de ley penal con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales, lleven a cabo procesos de atención más estandarizados y eficaces.

La Ley 20.084, en su artículo 7°, plantea la posibilidad de que el juez otorgue una sanción accesoria correspondiente al tratamiento en drogas a los adolescentes que lo requieran. En otro escenario, los adolescentes con medida cautelar **en el medio privativo** o con condena que presenten consumo problemático de drogas, podrán acceder al tratamiento de manera voluntaria, una vez que se confirme dicho consumo.

Lo anterior determinó la creación de una estrategia específica para dar respuesta a estos escenarios: **Programa de Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos de salud mental**,¹ que debe responder a ambas situaciones, cuyos usuarios serán los adolescentes mujeres y hombres entre 14 y 18 años infractores de ley, con y sin sanción accesoria y con consumo problemático de drogas (consumo perjudicial y/o dependencia) y otros trastornos mentales.

El documento se divide en dos capítulos; el primero contextualiza la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente y define los conceptos que servirán de marco de referencia para dar curso a las intervenciones clínicas y psicosociales de alta intensidad que requiere esta población. El segundo capítulo da cuenta de las recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales.

Cabe precisar que este documento será revisado luego de un período de implementación de los programas de atención, para recoger la experiencia de los equipos clínicos y socioeducativos en la atención del adolescente. Tanto los procesos de asesoría y de supervisión como el de evaluación de criterios y estándares de calidad contribuirán a identificar y sistematizar las buenas prácticas.

Con el objeto de facilitar y dar mayor fluidez a la lectura de este documento, nos referiremos "al adolescente" entendiendo que este concepto alude tanto a la población masculina como a la femenina.

¹ Convenio CONACE-SENAME-MINSAL-FONASA. Protocolo Operativo, 2007.

Coordinadores técnicos del documento

Dr. Alberto Minoletti
Dr. Mariano Montenegro

Jefe Departamento Salud Mental Ministerio de Salud
Jefe Área Tratamiento CONACE

Equipo técnico responsable

Dra. Melba Álvarez
A.s. M. Angélica Caprile
Ps. Viviana García
Ps. Jorge Iglesias
As. Isabel León
Dr. Alejandro Maturana
Ps. Max Möller
E. y M. Patricia Narváez
Ps. Rodrigo Navia
Ps. Úrsula Pesse
Ps. Claudia Quinteros

Médico Psiquiatra Infantil Asesora de CONACE
Profesional Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud
Asesora CONACE
Asesor CONACE
Profesional Área de Tratamiento de CONACE
Médico Psiquiatra Infantil Asesor de CONACE
Profesional Área de Tratamiento de CONACE
Profesional del Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud
Profesional SENAME
Asesora CONACE
Programa Adolescentes CONACE

Responsables de la redacción y edición

A.s. M. Angélica Caprile
Ps. Max Möller
E. y M. Patricia Narváez

Profesional Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud
Profesional Área de Tratamiento de CONACE
Profesional del Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud

Capítulo I

Bases conceptuales para la atención

La atención integral de los adolescentes infractores de ley es la reparación de sus derechos frente a la exclusión social a la que han sido expuestos por la sociedad

1. Antecedentes

Los importantes e históricos avances en materia de derechos humanos en el ámbito internacional, han sido de gran influencia e impacto en las políticas públicas de nuestro país, como la "Convención Internacional de los Derechos del Niño" y la "Política de Protección de la Infancia", con enfoque de derechos en las diversas áreas de la infancia y adolescencia. Un ejemplo de ello es la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente N° 20.084, promulgada en diciembre de 2005.

En el ámbito de la salud se están incorporando estrategias de protección de derechos en programas de infancia y adolescencia, recogiendo las recomendaciones de políticas internacionales y nacionales, como son "Chile Crece Contigo" en el marco de la Política de Protección Social, donde se despliega el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia.

En relación con las políticas de prevención y tratamiento del Consumo Problemático de Drogas, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) ha desarrollado desde el año 2001 programas de tratamiento en adicciones para la población general, en conjunto con el Ministerio de Salud.

En el año 2002 CONACE convocó a expertos a ser parte de una mesa técnica para estudiar las necesidades de tratamiento de los adolescentes, y establecer los lineamientos técnicos de un modelo de intervención².

El 2003 construyó el marco teórico del modelo, sobre la base de una revisión bibliográfica, revisión de evidencia científica y de experiencias nacionales. Además, el MINSAL conformó una comisión de expertos para consensuar el modelo que se ha ido definiendo como "comprensivo evolutivo e integral de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de drogas y/o alcohol".

En el año 2005 se iniciaron algunos proyectos piloto que permitieron ajustar los planes de tratamiento, los que el año siguiente fueron incorporados al Convenio CONACE-FONASA-MINSAL. Estos planes han servido de base para implementar la incorporación de acciones en el ámbito de la atención del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes mediante la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), que constituye un importante avance para la salud pública de la población.

Paralelamente en 2003, SENAME inicia el desarrollo de proyectos de tratamiento específicos para adolescentes infractores de ley en diversas ciudades de Chile, los que en un principio consideraron una perspectiva psicosocial con énfasis en la reducción de riesgo, con menor desarrollo de las variables biológicas. Posteriormente, SENAME solicita a CONACE la realización de una investigación para la elaboración de un modelo específico en esta población basado en la experiencia de los equipos clínicos y en la evidencia científica disponible.

Luego, en el 2005, CONACE y SENAME establecieron un sistema de capacitación y asesoría clínica para los equipos tratantes, con el fin de probar y homologar el modelo de tratamiento y rehabilitación infantoadolescente en drogas propuesto para este perfil de usuario. Se destaca que en este mismo año se estableció la mesa técnica CONACE-SENAME-MINSAL que elaboró la "Norma Técnica N° 85 para la atención de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales".

² Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de niñas, niños y adolescentes. Orientaciones Técnicas, CONACE 2003.

Gracias a un trabajo intersectorial, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Ministerio de Salud (MINSAL) han ido fortaleciendo una alianza estratégica en función de la comunidad de intereses que los convocan, en este caso la población adolescente, en concordancia con la experiencia de trabajo desarrollado en los últimos años³. Este importante esfuerzo de intersectorialidad ha permitido la convergencia de las políticas públicas en materia de derecho de la infancia y adolescencia, y el abordaje en salud mental y drogas para esta población, relevándose el trabajo realizado con adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas.

A partir de esta alianza intersectorial, se han elaborado documentos para la preparación y la articulación de la oferta de servicios que permitan una atención integral e integrada. Un primer documento en esta línea es la **Norma Técnica N° 85 Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos de salud mental**, que regula el desarrollo de la red asistencial para la atención integral de los adolescentes.

El segundo documento corresponde a las presentes Orientaciones Técnicas, que tiene por finalidad ofrecer a los equipos herramientas técnicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, basadas en juicio de experto y en la mejor evidencia disponible.

Para su elaboración se ha realizado una revisión de evidencia científica y se ha considerado la experiencia clínica de los equipos de tratamiento en drogas con población adolescente con y sin infracción de ley. Dado que la evidencia científica aún es incipiente en este tema, se ha tenido especial consideración del juicio de expertos y de los equipos con experiencia profesional de trabajo en esta población.

11. Estudios epidemiológicos

La prevalencia global de los trastornos mentales y conductuales en la población infantil y adolescente ha sido objeto de varios estudios en países desarrollados y en desarrollo. Aunque las cifras de prevalencia varían notablemente entre los estudios, parece que entre el 10% y 20% de todos los niños tiene uno o más problemas mentales o del comportamiento.⁴

Las investigaciones sugieren que la prevalencia de problemas de salud mental para los jóvenes en contacto con el sistema de justicia criminal, presenta tasas de 25 al 81%, siendo los más altos los que están en custodia.⁵

La realidad en el país del uso de sustancias psicoactivas en adolescentes chilenos se refleja en el **"Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General"** realizado por CONACE (2006)⁶, donde las drogas más consumidas -según la prevalencia de último año- para el grupo de 12 a 18 años son el alcohol y la marihuana, seguidas por la

3 Convenio CONACE – SENAME de fecha 15 de diciembre de 2003. y Convenio CONACE-MINSAL-FONASA 2006 - 2007

4 Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas OMS.

5 The Mental Health of Young Offenders, a report commissioned by The Mental Health Foundation and written by Dr. Ann Hagell, Policy Research Bureau, London, August 2002.

6 Ministerio del Interior, CONACE, Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General Chile, 2006.

cocaína y la pasta base. La prevalencia de vida de consumo de alcohol llega al 58,1% en este grupo, la prevalencia de último año al 48,8%, mientras que un 33,8% para la prevalencia de último mes. El consumo de alcohol presentó un aumento desde 1994 a 1996 y se ha mantenido estable en los últimos diez años. Asimismo, entre los adolescentes, la prevalencia de vida de consumo de marihuana es de 14,2%; la del último año, de 7,8%; y la del último mes, de 4,1%; observándose un leve aumento en el último bienio, aunque menor que entre los jóvenes y adultos jóvenes.

En lo que se refiere a consumo problemático en la población de 12 a 18 años bajo la forma de abuso y dependencia, éste corresponde al 24% del total de consumidores problemáticos de todas las edades, es decir, a unos 53.150 adolescentes de un total de 218.744.

El estudio de CONACE en población escolar⁷ indica que el alcohol es la droga más consumida por los escolares en Chile, con un 44% (prevalencia último mes), habiéndose registrado un aumento del 5%, lo que es estadísticamente significativo. Sólo los octavos básicos mantienen sus registros anteriores, con un 22%. Luego viene la marihuana como segunda droga más consumida, que ha incrementado su prevalencia llegando al 15,2%. Se observa un aumento significativo en el último bienio, principalmente en los jóvenes de 16 y 17 años. Al mismo tiempo, se ha observado que el aumento ha sido mayor en los colegios particulares que en los otros tipos de establecimientos educacionales.

El estudio solicitado por SENAME a la Dirección de Estudios Sociológicos de la Pontificia Universidad Católica en diez regiones del país, que consideró un universo de 4.485 adolescentes, de los cuales 338 son mujeres y 4.147 hombres, dio como resultado que del total de esta población, un 70% de los jóvenes que se encuentra en los programas para infractores han consumido alguna droga (marihuana, pasta base o cocaína) en el último año y un 46% en el último mes.⁸

El 66% de la población con medidas privativas puede ser clasificada en alto riesgo, sea por declaraciones de abuso de marihuana o uso/abuso de cocaína, mientras que esta condición alcanza al 34% de la población infractora en medidas no privativas, con mayor prevalencia de abuso de marihuana que de cocaína, en este caso.⁹

El mismo estudio señala que "...También se puede obtener evidencia respecto a la vinculación entre uso de drogas y reincidencia delictual tomando como medida de referencia el número de veces que ha sido detenido sin contar controles de identidad o detenciones por rebeldía. El 64% de quienes no declaran prevalencias de uso de drogas reconoce solamente la detención actual ("primerizo"), mientras que el 60% de quienes declaran abuso de cocaína reconoce más de cinco detenciones. Esta misma relación se obtiene cuando se toma como medida de referencia el número de veces que se ha estado en un programa de infractores de ley. En este caso, el 81% de los adolescentes que no declara uso de drogas se reconoce como "primerizo", mientras que el 48% de los que declaran abuso de cocaína reconoce haber estado tres o más veces en un programa de infractores de ley".¹⁰

En esta población se debe prestar especial atención también al diagnóstico de trastornos mentales, pues este mismo estudio demuestra que este grupo se encuentra afectado en alrededor de un tercio por depresión, principalmente mujeres (51%) y adolescentes en régimen privativo (50%). Asimismo, los adolescentes con privación de libertad reportan mucha más ansiedad y trastornos del sueño (55%), y psicosis y paranoia (36%) respecto de aquéllos que están en régimen ambulatorio.

7 Estudio Nacional de Drogas en población escolar Chile, CONACE 2004.

8 Universidad Católica de Chile. Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley 2007.

9 Ídem.

10 Ídem.

1.2. Perfil de los adolescentes en programas SENAME

En el perfil de esta población se presentan diversas alteraciones y/o trastornos, tanto en su salud física y mental como en su medio ambiente sociocultural, que son necesarias de identificar, pesquisar y estudiar integralmente en cada adolescente.

Algunas de las características que SENAME identifica entre los adolescentes bajo su responsabilidad son:

- Cerca de un 50% de los adolescentes que están en la red SENAME ha ingresado por delitos de escasa gravedad, mientras que un 19% lo ha hecho por delitos graves. A su vez, un 16% se encuentra en sistemas privativos de libertad. Si se compara con el porcentaje de detenidos por delitos graves (10,2% en promedio entre 2000 y 2005), se observa que hay una cierta selectividad al ingreso respecto de los delitos más graves, y una correspondencia entre la comisión de delitos graves y el uso de la privación de libertad.
- Del total de adolescentes infractores, un 8% es de sexo femenino, de acuerdo a los datos registrados por el SENAME. En cambio, según datos de Carabineros de Chile, el 16% de los aprehendidos por delitos o faltas en el año 2005 correspondió a adolescentes de este mismo sexo. Lo anterior estaría indicando una mayor selectividad al ingreso a la red SENAME en el caso de los hombres.
- Respecto de la edad, un 30,8% tiene entre 14 y 15 años, un 59,6% entre 16 y 17 años, un 0,6% es menor de 14 años y un 8,2% es mayor de 18 años.
- El 20% de los adolescentes que están en alguno de los programas para infractores de ley, tanto de medio libre como privativo de libertad, había estado anteriormente en alguno de ellos. Si se consideran sólo los reingresos al programa de cumplimiento de la sanción privativa de libertad (CERECO), un 40% había estado anteriormente en el mismo programa. En otras palabras, los reingresos son mayores cuando se trata de programas privativos de libertad que cuando se trata de programas en el medio libre.
- La gran mayoría de los adolescentes en los programas para infractores de ley tiene escolaridad básica (61,0%), ya sea en su modalidad regular o de educación para adultos, y un 35,4% tiene educación media, ya sea técnico-profesional, científico-humanista o educación de adultos. Al comparar el nivel de escolaridad de los adolescentes infractores de ley con la población nacional entre 14 y 18 años de edad (CASEN 2003), la mayoría de estos últimos está en educación media (73,9%), mientras que en educación básica hay un 22,8%. De acuerdo con otro estudio, uno de cada dos adolescentes infractores asiste a la escuela (48%), e incluso los que cometen delitos más graves lo hacen con más frecuencia (55%). Sin embargo, de los que no asisten a la escuela, al 85% le gustaría asistir.
- Por otra parte, la mayoría tiene una experiencia laboral fallida con grandes dificultades para desarrollar su "vocación". Un 73% ha trabajado antes en un empleo informal o temporal. Una minoría (28%) estaba trabajando al momento de ser detenido.

El patrón de uso y dependencia a sustancias es distinto entre adolescentes y adultos

La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias.¹¹ Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos. Su utilización en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente los padres) y sus pares.¹²

Se entenderá por **consumo problemático** a aquel que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para el adolescente o para terceros en las áreas de: salud, familia, grupo de pares, escuela, seguridad personal y funcionamiento social. Este consumo se manifiesta en dos patrones: consumo perjudicial y dependencia.

Según la CIE 10 se define como:

- Consumo perjudicial (CIE 10): Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, que puede ser físico (ej.: hepatitis) o mental (ej.: trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas ocasiones en el período de un año.
- Síndrome de dependencia (CIE 10): Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognitivas que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquieren, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia.¹³ Estudios que investigan el abuso y la dependencia a alcohol en grandes muestras de población general adolescente¹⁴ han evidenciado que:

- El síndrome de abstinencia a alcohol se manifiesta en formas distintas al síndrome del adulto.
- La tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia.
- Los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en los adultos dependientes a alcohol.
- El abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes.

Este perfil de la dependencia en adolescentes podría llevar a una débil consideración de la gravedad del problema, tanto por parte de los adolescentes como también por su familia y el sistema de salud.

11 (Compton et al. 2005).

12 (Clark 2004).

13 (Clark 2004; Winters 1999).

14 (Fulkerson et al. 1999; Harrison et al. 1998).

1.3. Características del uso de sustancias en adolescentes infractores de ley

Los factores asociados con abuso y dependencia ante el uso de drogas son numerosos y variados: la edad de inicio en el consumo de drogas es siempre un predictor sobresaliente, lo mismo que el compromiso delictual relacionado con reincidencia delictiva (número de veces que ha sido detenido), gravedad del delito imputado (robo con violencia) y régimen de detención (privado de libertad¹⁵).

El estudio de prevalencia de la Universidad Católica¹⁶ muestra que la gravedad del delito imputado (robo con fuerza y/o robo con violencia respecto de robos simples y otros delitos de menor gravedad) se relaciona con abuso de drogas -pero no con dependencia- que obedece siempre no sólo a la intensidad del comportamiento desviado, sino también a la vulnerabilidad de quien se compromete en él (la dependencia no es sólo una conducta, sino también una enfermedad).

La dependencia a drogas está fuertemente asociada con trastornos de salud mental, especialmente ansiedad y daño cognitivo, aunque también psicosis y depresión; el abuso de drogas, en cambio, aparece menos asociado con estos trastornos, salvo ansiedad y trastornos del sueño que ofrece una asociación poderosa en ambos casos. Los trastornos de personalidad son más convergentes: los más significativamente relacionados con abuso y dependencia son la disposición al riesgo (temeridad) y la irritabilidad¹⁷.

Si bien en el comienzo del proceso adictivo el adolescente tiende a ver más las ventajas que las desventajas del consumo¹⁸, la evidencia muestra que el consumo problemático en adolescentes afecta el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psico-social posterior de la persona¹⁹.

Comorbilidad psiquiátrica

En adolescentes de alta vulnerabilidad social, especialmente aquéllos que pertenecen al grupo de infractores de ley, se evidencia una importante asociación a comorbilidades.²⁰ Se considera para el registro, el diagnóstico principal y el o los diagnósticos secundarios de la clasificación CIE 10.

Estudios de evidencia internacional señalan que se debe poner especial cuidado en el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica por ser ésta una población de mayor prevalencia de patología dual. Lo anterior hace necesario realizar un diagnóstico integral precoz, no sólo con el fin de ofrecerles tratamiento acorde a sus necesidades, sino que además saber qué otros requerimientos básicos deben ser resueltos²¹.

15 Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley, P. Universidad Católica de Chile, 2007.

16 Ídem.

17 Ídem.

18 (Monti et al. 2001).

19 (Monti et al. 2001).

20 (Bloom, 2005; Dorothy Otnow-lewis 2002, 2004, 2005; Kaplan y Cornell, 2004; De la Peña, 2006).

21 Revisión de Evidencia del Tratamiento en Drogas. U. de Chile, 2007.

Se presenta a continuación un listado de posibles diagnósticos de trastornos mentales en adolescentes infractores de ley:

Diagnóstico	CIE 10
Trastorno mental orgánico, incluidos los sintomáticos.	F00-F09
Trastorno esquizofrénico, esquizotípico y delirante.	F 10-F19
Trastornos del ánimo, depresivos (incluye episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, distimia).	F32- F33 F 34.1
Trastornos del ánimo bipolar (incluye episodio maníaco, trastorno afectivo bipolar; ciclotimia).	F 30- F 31 F 34.0
Trastornos del ánimo, otros y no especificados (incluye todos los otros y los dudosos dentro de la categoría CIE 10, sólo si se acompañan de discapacidad severa).	F 30-F39
Trastornos de angustia severos. Incluye trastorno de pánico; agorafobia con o sin trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, cualquiera de los otros considerados en la categoría CIE 10 T. Neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfo (sólo si se acompañan de discapacidad severa).	F 41.0 F 40.0- F 42
Trastornos de personalidad sólo si determinan discapacidad severa.	F 60 – F 69
Retardo mental sólo si determina discapacidad severa.	F 70 – F 79
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (sólo si determinan discapacidad severa y/o interferencia severa al tratamiento).	F 90 – 98
Trastornos de la conducta alimentarios.	F 50 F50.1 F50.9
Trastornos por déficit de atención (TDAH).	F90
Trastornos ansiosos.	F41
Trastornos de estrés postraumático.	F98.5
Trastornos de tic.	F 95
Trastornos del sueño.	F 51
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	F50-59
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	F20 29.
Trastorno esquizotípico.	F21
Trastornos psicóticos agudos y transitorios.	F23.
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	F40 – 49
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.	F43
Trastornos disociativos.	F44.
Trastornos somatomorfos.	F45.
Disfunción sexual no orgánica.	F52.
Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje.	F81
Trastornos específicos del desarrollo psicomotor.	F82.
Trastornos generalizados del desarrollo.	F84 – F89
Trastornos disociales.	F91
Trastornos disociales y de las emociones mixtos.	F92
Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.	F93

Trastornos de ansiedad de separación de la infancia.	F93.0
Trastornos de ansiedad fóbica de la infancia.	F93.1
Trastornos de hipersensibilidad social de la infancia.	F93.2
Trastornos de rivalidad entre hermanos.	F93.3
Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	F94
Mutismo selectivo.	F94.0
Trastorno de la vinculación de la infancia reactivo.	F94.1
Trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido.	F94.2
Enuresis no orgánica.	F98.0
Encopresis no orgánica.	F98.1
Trastornos de la conducta alimentaria de la infancia.	F98.2
Pica en la infancia.	F98.3
Trastornos de estereotipias motrices.	F98.4
Tartamudeo.	F98.5
Trastornos del desarrollo de la personalidad: se debe agregar, aunque no sea un trastorno clasificado en el CIE 10.	

Asimismo, podrá presentarse en forma simultánea al consumo problemático de sustancias una patología somática severa. Se excluye la psicopatía.

Morbilidad física

En Chile no hay estudios relativos a prevalencia de patología física de los adolescentes con consumo problemático e infractores de ley, sin embargo la opinión de expertos señala la presencia de una alta prevalencia de patología física en esta población.

Los posibles diagnósticos son:

Diagnósticos
Lesiones de piel.
Sepsis bucal.
Enfermedades respiratorias.
Desnutrición.
Enfermedades de transmisión sexual.
VIH – SIDA.
Situaciones con riesgo vital: intentos suicidas, intoxicaciones por sobredosis u otras, traumatismos, violencias, otras.
Infecciosas relacionadas con uso de sustancias: TBC, neumonías, parasitosis, etc.
Traumatismos y secuelas secundarios al uso de sustancias que originan algún grado de discapacidad.
Anemia: megaloblástica y ferropénica.

Complicaciones asociadas al consumo en estado de embarazo:

- Para la madre: aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, endometritis, etc.
- Para el hijo: sufrimiento fetal agudo, retardo del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, hipotermia neonatal, alteraciones metabólicas neonatales, síndrome de privación neonatal, síndrome alcohólico fetal, etc.

1.4. Vulnerabilidad psicosocial en adolescentes infractores

En la intervención integral del adolescente infractor con consumo de drogas y/u otros trastornos mentales o del comportamiento, se hace indispensable estudiar con profundidad la perspectiva del riesgo psicosocial a la cual estuvo sometido el adolescente. Esto posibilita analizar, tanto las características del entorno inmediato o distante como las características personales que aumentan la probabilidad de que ese joven en particular, manifieste dificultades en su desarrollo y, por ende, en su comportamiento actual y futuro.

Asimismo, permite abordar en la intervención las diversas variables, tales como: género, influencia de los pares, características de la familia, comunidad y la cultura en que se inserta; y cómo interactúan éstas con vulnerabilidades individuales, por ejemplo, las características cognitivas, temperamentales²² de tal modo de situar el contexto terapéutico sobre bases sistémicas evolutivas y comprensivas de la problemática adictiva o del trastorno mental concomitante.

El análisis de los factores de riesgo, tanto del entorno como individuales y la interacción en la generación de la conducta delictiva, permite rescatar además, las capacidades del joven que, pese a las adversidades, puede desarrollar una trayectoria de vida distinta.

Es muy importante ser precavido en la materia, ya que conocer los factores de riesgo a los que se ve expuesto un niño o joven no produce certeza total de que se vaya a alterar el desarrollo esperado, más bien, ayuda a estimar la probabilidad de que esto ocurra.

Considerar una probabilidad como una certeza en materias de prevención social es un grave error, pues se sabe que un niño o joven puede coexistir con todos los factores de riesgo posibles y, sin embargo, no externalizar comportamientos de riesgo²³.

Es indispensable incorporar esta perspectiva al manejo psiquiátrico y/o farmacológico que realiza el equipo especializado de salud mental y, por tanto, es requisito indispensable complementar este abordaje entre las instituciones que otorgarán servicios de rehabilitación o reinserción social al adolescente.

22 Hein, Andreas, " Factores de Riesgo y delincuencia Juvenil, revisión de literatura nacional e internacional".

23 Krausskopf, D. " Las Conductas de Riesgo en la fase Juvenil" OIT, 1999.

1.5. Adolescente y transgresión de ley

Relación droga y delito

Respecto de la relación entre delito y abuso de drogas se han establecido las siguientes tres posibilidades:

- El consumo problemático de drogas lleva a la comisión de delitos.
- El compromiso delictual lleva al consumo problemático de drogas.
- El compromiso delictual y el consumo problemático de drogas tienen algunas causas en común.

En los reportes de investigación en adolescentes se muestra una relación clara entre abuso de drogas y la actividad infractora de ley²⁴. Algunas de las explicaciones propuestas para esta relación son:

- El abuso de drogas puede ser visto por los adolescentes infractores como una parte importante de la imagen que creen deben proyectar para ser aceptados por su grupo de pares, generalmente antisocial.
- El adolescente puede entrar en un consumo excesivo de drogas para obtener una mayor atención por parte de sus padres o, por el contrario, para actuar de un modo desafiante frente a la autoridad paterna.
- El abuso de sustancias puede verse como un escape del mundo real.
- Una explicación más biológica plantea que los infractores de ley adolescente sufren de un estado de baja estimulación crónica, por lo cual usan las drogas para elevar este estado.

En el adolescente, el vínculo entre las drogas y el delito es complejo; muchos de los que delinquen persistentemente, con frecuencia usan drogas y la dependencia hacia ellas puede asociarse a delitos. Sin embargo, tanto los delitos como el consumo problemático de drogas están ligados a otros factores, incluyendo las carencias socioeconómicas y afectivas.

Dicho de otro modo, la relación no es causal, sino que ambos están relacionados con otros factores que deben ser individualizados en cada adolescente, con el propósito de definir la mejor opción terapéutica y que responda a las necesidades de ese joven en particular.

Es fundamental que los equipos técnicos estudien y adquieran conocimientos en relación con la asociación que se produce en la vinculación entre el acto transgresor de la ley, su perfil de consumo y su historia de vida. La evidencia muestra que no hay un único perfil del joven que se involucra en actos de transgresión, encontrándose grupos muy heterogéneos de personas con una amplia diversidad, antecedentes e incursiones en una gran diversidad de delitos²⁵.

24 (Dawkins, 1997; Donovan & Jessor, 1985; Farabee et al., 2001; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Huizinga & Jakob-Chien, 1998; Jessor & Jessor, 1977; Pickrel & Henggeler, 1996; Watts & Wright, 1990).

25 Araya, R. y Sierra, D. Influencia de los factores de riesgo social en las conductas delictuales.

El estudio de la Universidad Católica²⁶ antes citado, muestra la asociación droga-delito observada en la población infractora adolescente, llegando a concluir lo siguiente:

- Existe un mayor compromiso de abuso de cocaína y/o pasta base con delitos de mayor gravedad, como robo con violencia.
- Existe una relación entre abuso de droga y reincidencia (medida según número de detenciones o veces que ha ingresado a un programa del Departamento de Responsabilidad Juvenil (DEDEREJ)).

Principales factores comprometidos en las diferentes trayectorias delictivas de los adolescentes

- Ausencia de integración social o inserción social precaria en los ámbitos de la escuela y el trabajo.
- Historial de fracaso y estigmas en la escuela a causa de rasgos individuales de personalidad, pero también por cuestiones culturales como los modales, la vestimenta, la manera de hablar, etc.
- Afiliación y compromiso con grupos de pares involucrados en actividades delictivas.
- Historial de contacto con instituciones formales de control social como la policía, los tribunales y los programas y centros de la red SENAME.
- Presencia y persistencia de una fuerte aspiración a la promoción social, combinada con experiencias de trastocamiento de los fines y medios socialmente aceptados para lograrla.
- Rasgos individuales de personalidad asociados a problemas para establecer adecuados soportes sociales. Un sector de la investigación criminológica ha recomendado el desarrollo de competencias que tienen que ver con dificultades para la contención y el manejo de límites y normas sociales.
- Desarrollo de un compromiso delictivo, reconstruible desde una perspectiva biográfica que condensa el punto de vista de la subjetividad. La versión que el adolescente tiene de su vida, aun cuando pueda no apuntar a los factores más determinantes en su trayectoria (a menudo no lo hace), significa los eventos y las experiencias vitales desde una vivencia subjetiva de "deriva" hacia la actividad delictiva que atraviesa diferentes fases.

El estudio pormenorizado de las maneras típicas como se combinan estos factores puede dar lugar a explicaciones más profundas sobre las trayectorias delictivas reales y más frecuentes, al mismo tiempo que orientar acerca de la forma de intervención adecuada para cada caso concreto.

26 P. Universidad Católica de Chile. "Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley", 2006.

Privación de libertad y síndrome de prisionización

Un aspecto relevante a observar durante el tratamiento en adolescentes privados de libertad es la aparición de la "prisionización". Se ha denominado prisionización²⁷ al proceso de incorporación paulatino y adaptativo a un contexto de privación de libertad. Goffmann E.²⁸ lo llamó "enculturación".

El proceso ha sido extensamente estudiado e involucra un particular síndrome de adaptaciones psicológicas que ocurren en respuesta a las extraordinarias demandas de la vida de la cárcel. En términos generales este proceso involucra la incorporación de las "normas de la prisión" a la manera en que los adolescentes piensan, sienten y actúan. La disfuncionalidad de estas adaptaciones puede provocar respuestas patológicas con consecuencias dañinas para los propios jóvenes y para los demás²⁹:

- Personalidad delictual.
- Rasgos delictivos.
- Infracción de ley.
- Abuso sexual.
- Explotación sexual.
- Comercio sexual.

Ambos conceptos (prisionización y enculturación) apuntan a que la persona privada de libertad va adquiriendo progresivamente una nueva forma de vida que conlleva al aprendizaje de nuevas habilidades, la regulación de las relaciones sociales, normas dadas por los propios internos sobre la base de comportamientos apropiados al medio, que le permiten adaptarse y/o sobrevivir en él. La vida cotidiana de las personas privadas de libertad se caracteriza por una organización bastante rígida, carente de elementos motivadores y en donde prevalece lo normativo.

Los múltiples efectos psicológicos y socioculturales que se pueden presentar como consecuencia de la privación de libertad son especialmente relevantes a considerar cuando se trabaja con adolescentes, es decir, personas en proceso de desarrollo.

27 Segovia, J. "Consecuencias de la prisionización", Cuaderno Derecho Penitenciario, Universidad Salamanca, España. 2002.

28 Goffmann, E. "Internados", Amorrortu, Bs. Aires, Argentina. 1998.

29 Primer Informe de la Comisión de Expertos en responsabilidad penal adolescente. Octubre de 2006.

2. Modelo de intervención

2.1. Fundamentos teóricos

Las características del perfil del consumo en adolescentes infractores de ley y sus complejas problemáticas biopsico-sociales, demandan una respuesta diferente que se ajuste a las necesidades individuales de esta población en particular y de sus familias. Los estudios demuestran que el tratamiento puede disminuir las tasas de abuso de drogas en un 50% y la actividad delictiva en un 80 %, así como reducir las detenciones hasta en un 64%³⁰.

Las intervenciones en adolescentes infractores con consumo problemático de drogas deben considerar la etapa del ciclo vital en que se encuentra la persona, donde se manifiestan importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, por lo que sus necesidades y demandas son específicas, más aún, si se encuentran en contextos de vulnerabilidad social y en conflicto con la justicia.

Del mismo modo, el consumo de alcohol y otras drogas en esta etapa tiene una significación y características específicas distintas al consumo en la etapa adulta.

La aplicación de un **modelo comprensivo** en esta población requiere establecer un marco conceptual y metodológico que propenda a reorientar el desarrollo integral del adolescente que ha sido afectado por las condiciones psicosociales negativas en las cuales ha debido crecer.

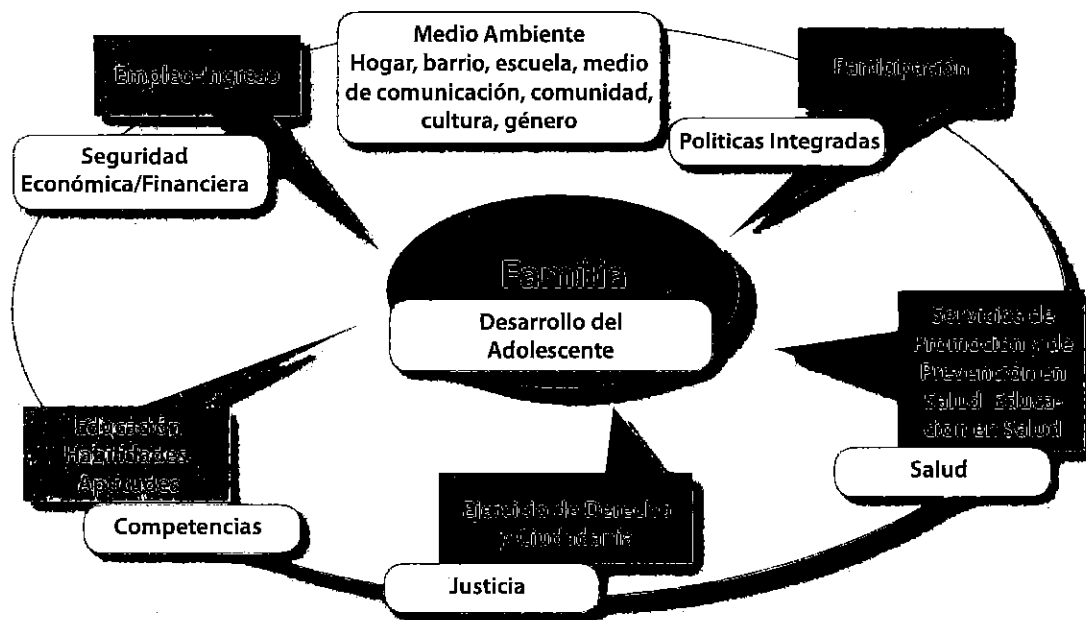
El modelo de intervención comprensivo reconoce el **proceso evolutivo** en el que se encuentra el adolescente y la perspectiva de género como variables insustituibles en la comprensión e intervención de esta problemática. Los importantes cambios, la adquisición de capacidades, el concepto que tiene de sí mismo y su relación con el mundo le va generando tensiones y preocupaciones que muchas veces lo llevan a manifestar conductas desadaptativas como el consumo de drogas, incomprensibles para los adultos, pero que para el joven significan cambios que afectan su vida personal y social.

Es interesante el **enfoque de competencias** como visión de que el desarrollo de las personas se basa en sus recursos psicológicos y sociales, y no en sus déficits; esto debe llevar a los equipos a estar permanentemente mirando y buscando aquellos elementos que permitan a los adolescentes desarrollar modalidades adaptativas y de resolución de los desafíos del entorno, usando esas capacidades que, a primera vista, no se hacen evidentes y que han sido reprimidas por el entorno adverso.

En el siguiente esquema se aprecian las interrelaciones de la vida del adolescente con su medioambiente, las que deberán ser consideradas en las evaluaciones que realicen los equipos, precisamente desde los modelos evolutivo, comprensivo y con enfoque de competencias.

³⁰ NIDA, Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. 2006.

Figura 1. Interrelación del adolescente con su entorno, basado en Marco Conceptual OPS 2001



El trabajo con adolescentes infractores de ley con consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas requiere reforzar esta mirada (evolutiva) con mayor énfasis, dada la presencia de complejidades en múltiples ámbitos y su interacción, y la incapacidad del entorno de acogerlo, aceptarlo y promover su desarrollo integral y saludable, lo que finalmente puede llevar a omitir o sobreintervenir en un ámbito y perpetuar el desequilibrio en el desarrollo.

2.2. Principios orientadores

Los principios orientadores del modelo de intervención se describen a continuación:

- **Integralidad de la atención:** Se refiere a concebir el proceso desde una mirada que recoja y busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan el consumo de drogas. "Es necesario mirar al adolescente desde la globalidad sin pretender intervenir, haciendo foco no sólo en el consumo, sino que abordarlo dentro de un paquete más amplio"³¹.
- **Atención personalizada:** Se refiere a trabajar terapéuticamente desde las necesidades y capacidades de cada sujeto, ayudándole a visualizar su proceso de maduración personal y evaluar los avances alcanzados.

31 Arbex, Carmen. Guía de intervención: menores y consumos de drogas. 2001.

- **Flexibilidad de la atención:** Se refiere a ajustar el abordaje de la intervención a los requerimientos del adolescente, identificados en forma conjunta entre el equipo salud mental y drogas, este adolescente, la familia u otro adulto responsable y prosocial. Considera relevante el enfoque de género en el ajuste y abordaje de las prácticas terapéuticas.
- **Dimensión evolutiva:** Es indispensable en cualquier nivel de intervención relacionado con el consumo de drogas en adolescentes, considerar las características que surgen de su condición etaria y de ser personas en desarrollo cuya tarea evolutiva central es la construcción de su identidad. En este sentido, es importante tener presente el significado del delito como parte de la construcción de identidad.
- **Promoción del desarrollo y resiliencia:** Se refiere a la necesidad de que la intervención enfatice en las capacidades y potencialidades de la persona, más que en perturbaciones, carencias y déficits. Por eso mismo, las experiencias de logro serán consideradas como centrales en la metodología de trabajo con población infantoadolescente. Especialmente, si se trata de población de jóvenes en vulnerabilidad social, por cuanto se requerirá como cuestión central para la construcción de identidad valorada y socialmente integrada, superar la baja autoestima presente, que es producto de carencias, fracasos y estigmatizaciones vividas. Por lo tanto, se requiere de un aporte desde el ámbito sanitario que sea muy abierto a los contextos o a lo comunitario según corresponda, para evitar cualquier riesgo de "patologizar" la situación del adolescente, lo que añadiría nuevos estigmas y desvalorizaciones.
- **Responsabilización frente al delito:** La respuesta institucional a los delitos cometidos por adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas, se construye a partir de una estructura de garantías que sanciona, pero que procura integrarlo en lugar de reforzar su marginación. El concepto de responsabilidad alude a tres situaciones distintas:
 - En primer lugar, se trata de la atribución de responsabilidad penal al joven infractor, por la vía de una sanción.
 - En segundo término, se procura que el joven asuma la responsabilidad por la infracción cometida (efecto "educativo" de la sanción).
 - Finalmente, se propende a que el joven respete los valores, normas y roles convencionales, de manera de facilitar su integración social.
- **Reparación de derechos:** Muchos de los adolescentes involucrados en la problemática del consumo abusivo de drogas pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad social, ya que se trata de muchachos cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos que se traducen en historia de ruptura de lazos familiares, dificultades en la crianza, carencias afectivas y de todo tipo, daños psicosociales, detención del proceso educativo formal, y socialización en un mundo donde la droga cumple una función importante en lo trasgresor y marginal.

Esta vulneración de derechos y ausencia de oportunidades afectaría distintas áreas de su desarrollo y es ahí donde se deben ubicar este enfoque e intervenciones. La resignificación de las experiencias vividas que vulneran sus derechos contribuirá a superar los daños emocionales, así como también las conductas abusivas y/o adictivas.

- **Trabajo en red:** Se plantea el desarrollo y/o generación de estrategias de rearticulación y fortalecimiento de vínculos entre los adolescentes con las instituciones sociales básicas (familia, escuela) y otras redes sociales, con seguimientos y coordinación específica de tales procesos (red primaria).

Se requiere de un soporte de red y articulación local que permita ofrecer las alternativas de educación, vivienda, alimentación, entre otros, necesarias para la integración social del adolescente con mayor vulneración de derechos y ausencia de oportunidades, que afectarían distintas áreas de su desarrollo.

La presencia de una red asistencial que permitirá a los distintos equipos apoyarse y complementarse en la intervención, conformada por los distintos equipos clínicos, consultorios e instituciones de atención primaria y secundaria, servicios de urgencias, centros de especialidad, equipos especializados, etc. Esto permitirá que se responda integralmente y en conjunto a las necesidades de los adolescentes.

- **Acompañamiento terapéutico:** Un principio básico para asegurar adherencia, compromiso personal y motivación se ve facilitado por el establecimiento de vínculos empáticos entre el referente técnico y el adolescente y su familia o adulto significativo prosocial. El referente técnico debe coordinarse con el delegado y/o equipo psicosocial de, modo que las acciones sean sinérgicas y no contradictorias.

Se debe proteger además este vínculo; si es necesario, derivar al usuario de un equipo a otro realizando un proceso de derivación asistida eficaz.

- **Continuidad terapéutica:** los tratamientos en adolescentes en situaciones consumo asociado a infracción de ley deben comprenderse como acciones de largo plazo, por lo que deben durar lo necesario y suficiente como para producir un cambio conductual estable en el sujeto, prolongándose incluso durante su proceso de reinserción a la comunidad. Asegurar la continuidad terapéutica implica una evaluación y supervisión permanentes del equipo responsable.

2.3. Variables involucradas en el tratamiento integral del adolescente

La experiencia de los equipos da cuenta de que existen algunas variables importantes que deben incorporarse en la definición de las estrategias de intervención, ellas son:

Contexto sociocultural

El contexto de los adolescentes enmarca la forma de intervenir, ya que las determinaciones y las formas de vivir en cada cultura van a condicionar las expresiones de ser adolescente; dentro de ello, es necesario atender a los significados de la infracción de ley. Por lo tanto, la variable sociocultural nos permite adecuar y hacer pertinentes las intervenciones que se diseñarán e implementarán en este grupo de adolescentes:

- Permite comprender las diversas identidades y cosmovisiones socioculturales (género, condiciones socioeconómicas, pertenencia territorial y/o comunitaria del adolescente y de la familia).

- Permite generar una mayor comprensión y sentidos del estar "condenado" en los diferentes contextos.
- Permite establecer los sentidos y significados del consumir drogas y de ser infractor de ley para el adolescente y su familia.
- Al igual que los significados y sentidos del tratamiento en drogas para el adolescente y su familia (obligatoriedad del mismo, experiencias anteriores de tratamiento, vinculación con la institucionalidad).

Al integrar esta variable, principalmente en el contexto de grupos conversacionales y grupos de discusión, se permite que el proceso grupal genere la necesidad del conocimiento de los otros y de sí mismo.

Ciclo vital³²

Se debe considerar que la adolescencia es un proceso continuo de cambios que observa las siguientes etapas: temprana (10–13 años), media (14–16 años) y tardía (17–19 años). Cada una de estas etapas establece una diferencia en el desarrollo de la persona y el sentido que motiva el consumo, por lo tanto, el tratamiento debe tener en cuenta estas condiciones específicas.

En esta etapa evolutiva se deben tener presentes ciertas necesidades y tareas propias de los jóvenes, las que se resumen en el siguiente cuadro:

Características de la adolescencia temprana (10–13 años)	Características de la adolescencia tardía (17–19 años)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Necesidad de reafirmación. ■ Necesidad de transgresión. ■ Necesidad de conformación intragrupal. ■ Susceptibilidad frente a las presiones del entorno. ■ Sensación de invulnerabilidad. ■ Rechazo a la vida del adulto, tendencia al hedonismo y bajo nivel de tolerancia a la frustración. ■ Perspectiva negativa de futuro. ■ Presentismo. ■ Transformación química de los estados de ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La aceptación de su estructura física y del papel masculino o femenino que le corresponde socialmente. ■ Una independencia emocional de los adultos y establecer relaciones con sujetos de su edad y de ambos sexos, como preparación a la relación de pareja estable. ■ Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales que le permiten la selección de una ocupación y el adiestramiento o capacitación para desempeñarla, lo que va ligado con la adquisición de mayor seguridad e independencia económica. ■ La obtención de una conducta cívicamente responsable y la elaboración de una escala de valores acorde con el mundo actual y que sea transmisible a su descendencia.

32 "Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva". CONACE, 2005.
33 Arbex, Carmen; 2002.

El considerar la etapa evolutiva en que se encuentra el adolescente permitirá desarrollar intervenciones pertinentes y efectivas, puesto que entra en una nueva relación consigo mismo, con el mundo y con su sociedad. Por esto, es necesario destacar ciertas **áreas de transformación personal**, que dan cuenta de esta nueva relación, y que influyen al diseñar y poner en práctica una intervención. Estas áreas serían las siguientes³⁴:

- **Intelectual:** nuevos recursos para el replanteamiento de las relaciones con el mundo.
- **Sexual:** empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma.
- **Social:** posibilidad de poner ideas y valores en práctica.
- **Elaboración de la identidad:** brújula interna en la exploración de oportunidades, capacidades personales y sociales.

Sexualidad

La sexualidad es el motor de este momento de la vida (y en esto coinciden los diversos enfoques teóricos en psicología), ya que es el instante en el que se confirma o cuestiona la identidad sexual, junto a lo cual el desarrollo hormonal juega un papel fundamental.

Por esta razón, es fundamental orientar el proceso terapéutico incluyendo la sexualidad del adolescente. Esto supone por una parte, tener claridad respecto al enfoque que tengan los equipos del tema; qué es lo que se piensa va a implicar también de las intervenciones que se realicen. Por otro lado, implica planificar el proceso terapéutico de acuerdo a dicho enfoque, implementando mecanismos preventivos de contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de salud sexual y reproductiva.

Si se considera que los adolescentes tienen derecho a ejercer su sexualidad, sumándose a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, se hace necesario idear la manera de hacerlo respetar en los diversos contextos, por ejemplo cuando los adolescentes se encuentran viviendo una situación de privación de libertad; más aún, cuando se conocen muy claramente los efectos negativos y adversos en la salud mental bajo estas condiciones.

Tanto si el joven se encuentra en algún centro y está privado de libertad o si cumple con una sanción en el medio libre, es necesario tener presente que ellos se encuentran viviendo –con alta intensidad– su sexualidad. Esto, no necesariamente implica que todos se encuentren manteniendo activamente relaciones sexuales, ya que hay jóvenes que están muy inhibidos en cuanto a esta vivencia.

Las nociones sobre sexualidad y género van a orientarnos en el quehacer y en la toma de decisiones en el proceso de tratamiento de modo transversal.

Finalmente, es necesario subrayar que en el caso de los adolescentes que se encuentren privados de libertad durante gran parte de su vida juvenil, es fundamental promover el desarrollo de la sexualidad en pos de una forma de complementar el proceso de reinserción social y de responsabilización.

34 Krauskopf, Dina; 2000.

Enfoque de género

Género es una construcción social, cultural e histórica que se conforma por el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades construyen a partir de la diferencia sexual anatomofisiológica.

El género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas³⁵:

- a) La asignación o atribución de género. Se realiza en el momento en que se sabe el sexo del feto, ya antes de nacer.
- b) La identidad de género. Se inicia por parte de los padres desde antes del nacimiento. Desde dicha identidad atribuida culturalmente y socialmente, el niño o niña estructura su experiencia vital.

El vivir en una determinada sociedad y cultura es determinante; se transfiere en el proceso de socialización el sistema de género condicionando "el deber-ser". Así surge la identidad de género, que es el modo de ser hombre o mujer determinado socialmente por la combinación del rol y status propios de cada sexo.

- c) El rol de género. El papel (rol) de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.

La perspectiva de género ayuda a comprender muchas de las cuestiones que pensamos son atributos "naturales" de los hombres o de las mujeres, y que en realidad son características construidas socialmente y que no están determinadas por la biología.

Es en el proceso de socialización donde se construye la identidad de género, a través de la cual se aprende a ser hombre y a ser mujer, a asumir roles y actitudes que se consideran propias para cada uno y a interpretarse a sí mismo según dichos parámetros.

La necesidad de incorporar esta variable pretende dar cuenta de la representación y conceptualización de la organización social y cultural donde se inserta el adolescente infractor, ya que ser hombre o ser mujer tiene distintas expresiones según la comunidad de que se trate y según la edad de las personas.

Tradicionalmente la perspectiva de género no ha sido incorporada en los procesos de atención ni en el **diagnóstico ni en el plan de intervención y monitoreo**³⁶, no especifican particularidades de género; se recomienda entonces a los equipos, que integren a todas las etapas del proceso de atención el enfoque desde esta perspectiva.

35 Lamas, Marta. 1996.

36 Larrain, Soledad. "Género y Adolescentes Infractores de Ley", 2006.

La evidencia muestra que las adolescentes infractoras de ley con problemas de abuso de alcohol y drogas presentan un grado mayor de deterioro y compromiso en su salud física y mental que los hombres³⁷ (nivel de evidencia 4). Específicamente en mujeres, se ha visto que manifiestan mayor prevalencia de trastornos internalizantes (ansiedad, depresión). Por otro lado, los hombres presentan mayoritariamente trastornos de tipo externalizante (trastornos conductuales: CIE 10,F90-F98³⁸)(nivel de evidencia 5).

Vulnerabilidad social

Los adolescentes que se desarrollan en contextos de **vulnerabilidad social** donde se aprecia la relación entre los aspectos deficitarios y las potencialidades del sujeto -que puede ser amplificada o inhibida por los distintos factores de contexto- tienen su expresión en la **salud física y mental del mismo**.

Generalmente, la expresión clínica de las dificultades está cruzada por aspectos ligados al abandono y a los malos tratos, en donde aparecen adolescentes con las siguientes características: impresión de extrañeza familiar, cambios imprevisibles de conducta, saltos de humor permanentes, intensidad de reacciones afectivas -tanto positivas como negativas-, reivindicaciones brutales y alta agresividad. A la luz de estos hallazgos se puede señalar la carencia afectiva, pues estas conductas son las más susceptibles de hacer suponer una patología carencial antigua en un adolescente³⁹.

Pertenencia a pueblos indígenas

El marco legal de la reforma sectorial en la Ley de Autoridad Sanitaria orienta la incorporación de la interculturalidad en salud, en cuanto a formular políticas que permitan integrar el enfoque intercultural a los programas de salud en aquellas comunas de alta concentración indígena. En este contexto se define la Política de Salud y Pueblos Indígenas⁴⁰, por lo que esta variable debe ser considerada en todas las etapas de atención hacia adolescentes de pueblos originarios, infractores de ley, con equipos sensibles a las necesidades de salud de esta población. No sólo con relación a las diferencias propias de la diversidad cultural, que deben ser respetadas y consideradas en todo momento, sino también en el buen trato⁴¹, excluyendo toda forma de discriminación negativa que atente en contra de sus derechos humanos fundamentales.

En el ámbito técnico, esta variable influye en los significados del consumo, en las fuentes de legitimación y forma del consumo; de allí que sea necesario adecuar las intervenciones a esas particularidades. Por otro lado, las cosmovisiones con relación a la salud y a la enfermedad son principios orientadores de su modo de actuar, por tanto es importante considerarlas en la intervención.

37 Prescott L, Improving Policy and Practice for Girls with Co-Occurring Disorders in the Juvenile Justice System. Documento preparado para el GAINS Center, junio de 1998.

38 Roberston, A.; Dill, P.; Hussain, P. L.; Undesser, C. Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders Among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi; Child Psychiatry and Human Development 2004; 35 (1): 55-74.

39 Chartier, 1999.

40 Política de Salud y Pueblos Indígenas Resolución Ex. N° 91 Ministerio de Salud Santiago -Chile.

41 Política de Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas. Chile, abril de 2004.

Familia y proceso terapéutico

Si bien en la adolescencia ya se ha iniciado un proceso de separación de la familia, de todos modos para los adolescentes involucrados en una situación que interpela a la ley, es fundamental el apoyo de la familia u otros protectores para propiciar un proceso de cambio. En este sentido, la intervención dirigida a los adolescentes debe integrar el área familiar desde la elaboración de los objetivos terapéuticos en las intervenciones y en todas las decisiones que se tomen respecto a la intervención con el mismo.

Ahora bien, específicamente en lo que atañe a los jóvenes infractores, los lazos familiares se encuentran afectados o dañados; sin embargo, en muchas ocasiones han generado vínculos significativos fuera de la familia, los cuales pueden ser protectores o no.

Un vínculo protector es aquél capaz de empatizar emocionalmente con el adolescente, pero al mismo tiempo es capaz de ejercer control y de marcar los límites sociales con estabilidad en el tiempo.

A la hora de pensar en la familia que queremos incorporar al proceso de intervención, hablamos de aquel vínculo más cercano a lo protector que se pueda encontrar y que esté dispuesto a adherir al tratamiento.

2.4. Aspectos generales en la intervención terapéutica en adolescentes infractores de ley

Motivación para el tratamiento

Se entiende que "la motivación es un proceso fluctuante que requiere ser trabajado con estrategias adecuadas, principalmente considerando la importancia del grupo de pares en su funcionamiento sociorrelacional, y por las características cognitivas y afectivas propias de esta etapa"⁴². Además, es importante que las intervenciones consideren la especificidad de género y los aspectos socioculturales relevantes y pertinentes al perfil de los adolescentes y su familia.

Es importante recordar también, que la motivación debe trabajarse en un sentido amplio, realizando las intervenciones en el contexto del adolescente y su familia (casa, caleta, esquina, sedes sociales, colegios, centro privativo de libertad, otros), y deben estar relacionados con los intereses y necesidades propias de ellos, en el contexto de la construcción de su identidad y proyecto de vida.

A partir de la experiencia práctica, se pueden identificar algunas estrategias de motivación posibles de ser abordadas en conjunto con el equipo psicosocial (SENAME) y las redes comunitarias, o con los programas socioeducativos en centros privativos de libertad con el fin de generar adherencia al programa de atención.

42 Mc. Whirter et al. 2002.

Entre ellas:

- talleres de desarrollo personal,
- grupos conversacionales,
- actividades artísticas,
- actividades ocupacionales,
- actividades lúdicas,
- visitas domiciliarias o a la comunidad, etc.

La efectividad de la entrevista motivacional en población general adolescente tiene un grado de evidencia alto (**nivel I, grado de recomendación A**)⁴³, siendo ésta una forma de intervención psicosocial breve, destinada a ayudar a la motivación del adolescente a modificar sus hábitos. Dadas las características de la población adolescente infractora de ley en Chile, según juicio de expertos, las entrevistas motivacionales deben ser adaptadas, considerando incluir más metodologías lúdicas.

Estrategias motivacionales

- Se recomienda establecer por parte de todos los interventores un liderazgo competente, comprometido y con prácticas de refuerzo positivo, evitando el autoritarismo y las relaciones horizontales.
- Conocer las prioridades y proyectos del adolescente, para juntos clarificar que estos objetivos propuestos no estén vinculados con su situación actual, por ejemplo pololeos, estudios, etc.
- Se sugiere elaborar metas en conjunto y cuantificarlas.
- Evaluar la percepción del cambio a través de su propia creencia de cómo se puede cambiar, o que él mismo evalúe la percepción que tiene sobre el cambio de algunos de sus pares.
- En el caso de que el adolescente no desee comprometerse con el proceso de cambio, se sugiere la entrevista motivacional propuesta por Miller y Rollnick^{44,45}, la que plantea cinco estrategias fundamentales:

1. Expresar empatía: el terapeuta debe escuchar, más que decir; expresa empatía ante la ambivalencia de su conducta de riesgo (consumo, infracción).

2. Poner de manifiesto las contradicciones: se refiere a la percepción que tiene el adolescente de su realidad actual y de dónde quisiera estar, devolviendo sus propias contradicciones de una manera empática; por ejemplo, el deterioro de la imagen corporal secundario al consumo.

43 Ver Tabla de Evidencia.

44 Motivational Enhancement Therapy Manual (Miller y cols, 1995). Marijuana Treatment Project Therapist Manual (Steinberg y cols, 1997). Ambos adaptados para su uso en adolescentes.

45 Evidencia tipo 1 para el uso en adolescente. Dunn, Deroo. Rivadavia, 2001.

3. Evitar la discusión: no se recomienda la confrontación; cuando esto sucede debe sospecharse que en el algún momento el terapeuta utilizó la discusión, por lo que deben replantearse las estrategias a seguir.

4. Allanar la resistencia: se refiere a la posibilidad de trabajar con las contradicciones hacia el cambio y no interpretarlas como fracaso del tratamiento. En contextos privativos la resistencia puede ser mayor, por lo que el terapeuta puede hacer preguntas abiertas que relacionen su situación contextual... ¿cómo crees tú que te podemos ayudar para no tener problemas con la justicia?

5. Autoeficacia: el terapeuta debe ayudar y reforzar los logros alcanzados, aunque éstos sean mínimos.

Lo anterior está orientado a:

- Mostrar al adolescente y a su familia y/o adultos significativos prosociales, ciertas conductas asociadas al riesgo, incluyendo el consumo de drogas.
- Promover el fortalecimiento de factores protectores.
- Abordar temáticas coconstruidas con los adolescentes, tales como: relación con pares, parejas, sexualidad, sentido y relaciones que establece con las conductas de riesgo, etc.

Establecimiento de la relación terapéutica como proceso motivador

Cabe hacer notar que hay diversas visiones de la relación terapéutica. Para estas orientaciones se utilizará el término "alianza terapéutica", cuyo propósito es:

- Fortalecimiento de la relación entre el terapeuta y el adolescente.
- Elemento facilitador de adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, se debe destacar la importancia de la relación terapéutica en el logro de los cambios que pueda experimentar el adolescente, facilitando principalmente la acogida, el apoyo emocional y la empatía. Es fundamental, además, que este cambio se dé en un contexto caracterizado por un ambiente relacional facilitador.

Como aporte a la comprensión de este proceso se señalan, en resumen, los siguientes componentes de la relación terapéutica que identifica Jorge Barudy⁴⁶:

- **Estructura:** se refiere al encuadre terapéutico que permite al adolescente sentirse aceptado, acogido, tranquilo, seguro y confiado, el cual se sustenta en dos características: su flexibilidad y contar con un contrato terapéutico.
- **Sensibilidad:** reconocimiento del terapeuta de las necesidades afectivas del adolescente, y la identificación y aceptación de las emociones.

46 Barudy, Jorge. 2003.

- **Empatía:** el terapeuta debe mantenerse proactivo, cálido y cuidador.
- **Afecto positivo:** el terapeuta debe mantenerse en una actitud positiva, con el objeto de modelar afectos positivos en un espacio-tiempo apropiadamente limitado.
- **Apoyo:** el terapeuta brinda acompañamiento terapéutico ajustado a las necesidades y capacidades del adolescente particular.
- **Reciprocidad:** el terapeuta guía al adolescente hacia una relación recíproca basada en el respeto y sensibilidad mutuos.
- **Amor:** habilidad de sentir un cuidado especial y genuino, y un compromiso con otro ser humano.

Desde esta perspectiva, la **alianza terapéutica** cumpliría las siguientes funciones: entrega un soporte, tranquiliza, reorganiza, conecta recursos tanto internos como externos, cambia el locus de control, permite abordar los patrones de conducta del otro, propicia el surgimiento de la confianza y de la bondad básicas.

Es importante considerar que el perfil de las familias de los adolescentes infractores de ley presenta dinámicas relacionales dañadas y vinculaciones anteriores con instituciones, marcadas por la desesperanza, desconfianza y sensación de fracaso, por lo que es central y vital generar las condiciones básicas, para luego comenzar la intervención en drogas, es decir, priorizar el vínculo y establecimiento de confianza. Por lo tanto, se aconseja plantear los recursos terapéuticos de aquéllos que van a acompañar a los adolescentes en este proceso. Según Barudy, estos recursos serían los siguientes:

- Capacidad de vincularse,
- inteligencia emocional (empatía),
- capacidad de reflexionar y pensamiento crítico,
- reciprocidad conductual,
- compromiso ético-político.

Es importante promover la **vinculación del equipo con el adolescentes y su familia**, y así favorecer su involucramiento lo más tempranamente posible en el proceso de tratamiento, pues la experiencia nos dice que mientras antes adhiere la familia a éste, su éxito aumenta.

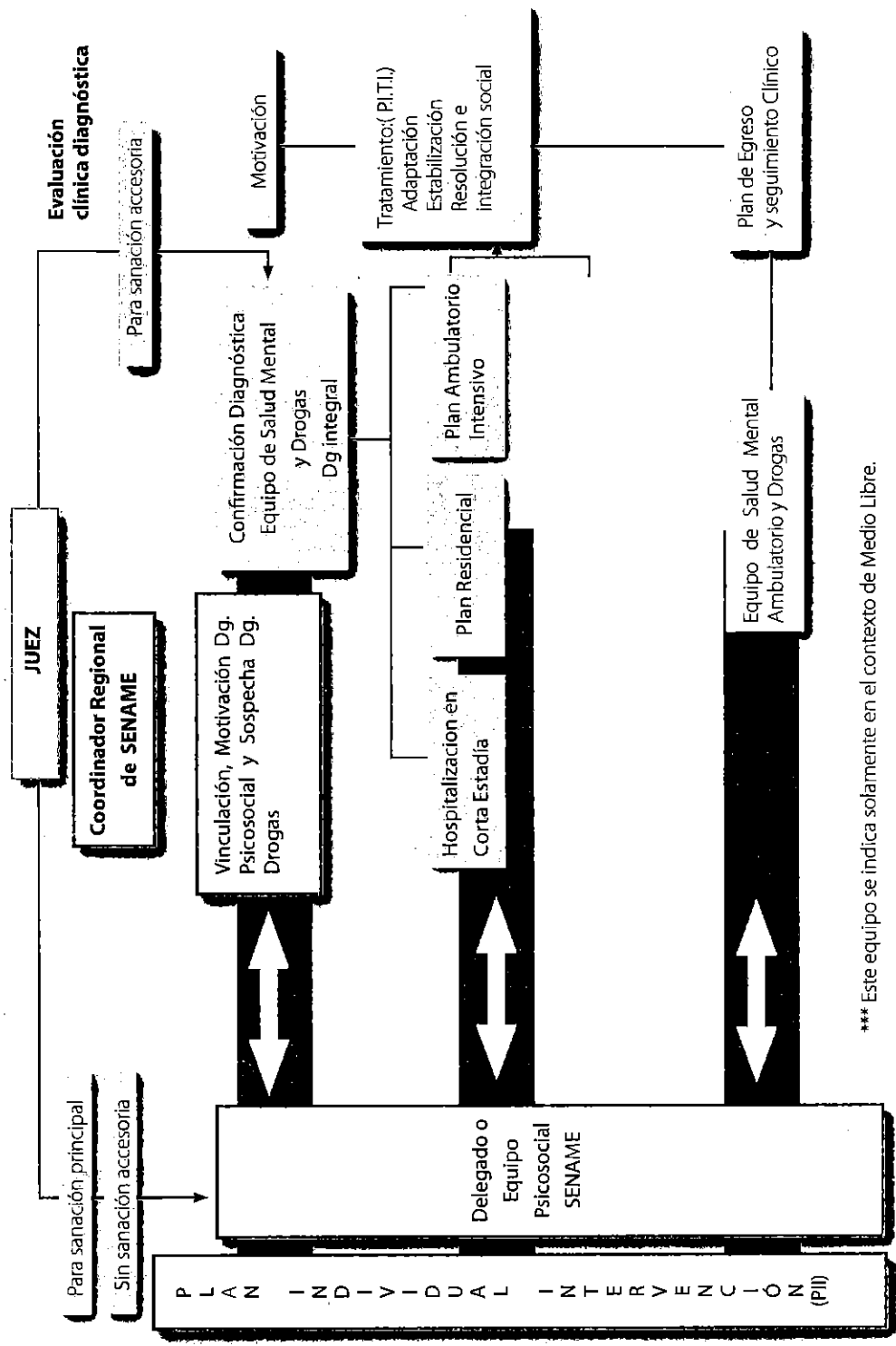
Cuando no exista familia, el proceso deberá apuntar a rescatar, potenciar y fortalecer el vínculo con una figura adulta significativa prosocial que apoye en el proceso de problematización y posterior rehabilitación del consumo.

Esta alianza terapéutica debe trabajarse durante todas las fases de intervención con el adolescente y su grupo familiar, principalmente porque han desarrollado vínculos altamente inestables. Nos encontramos con estilos de apego en la línea de lo ansioso ambivalente y en especial, con estilos de apego desorganizados; que determinan que la alianza se esté poniendo a prueba reiteradamente a través de conductas altamente disruptivas y agresivas, como formas del proceso adaptativo de una vinculación en un adolescente expuesto a abandonos, rechazos, maltratos, abusos, entre otros.

Es necesario que los terapeutas estén conscientes de que dichos estilos de apego y las conductas disruptivas pueden movilizar en ellos respuestas emocionales negativas hacia estos adolescentes, que pueden interferir con la construcción de la alianza terapéutica. Estas respuestas emocionales de los terapeutas pueden ser trabajadas constructivamente sobre la base de su identificación, ventilación y clarificación en las reuniones del equipo terapéutico, en reuniones con asesores externos y en las instancias de autocuidado del equipo.

3. Esquema general del programa de tratamiento

de adolescentes infractores de ley con consumo perjudicial y dependencia a alcohol y drogas



*** Este equipo se indica solamente en el contexto de Medio Libre.



Capítulo II

Lineamientos técnicos para la atención integral

" Un diagnóstico objetivo correcto es fundamental para planificar la atención de cada adolescente en particular y definir el tratamiento más adecuado para él o para ella"

Informe sobre la Salud en el Mundo 2001
Salud Mental. Nuevos conocimientos, Nuevas esperanzas OMS

■ Introducción



En la implementación de programas de tratamiento en población adolescente con consumo problemático, CONACE-SENAME-MINSAL, se han desarrollado diversas experiencias que resultan importantes para orientar a los diversos equipos que conforman la oferta de atención.

Dado el bajo nivel de evidencia científica actual respecto de cómo intervenir en este contexto, se ha recurrido a la opinión de expertos, a la experiencia de algunos equipos que han trabajado con este perfil de jóvenes, a la adaptación de algunas técnicas utilizadas con adolescentes en general y a la consulta de distintos textos que han intentado guiar el actuar de equipos similares en otras partes del mundo.

Estos lineamientos se han construido con la idea de ir sistematizando progresivamente las mejores prácticas, incorporando nuevas experiencias, estudios y otras variables que se identifiquen en el proceso de implementación de estos tratamientos.

Uno de los principios que se ha mostrado imprescindible en la atención de esta población es la articulación y coordinación intersectorial. La sincronización entre el actuar del equipo de tratamiento en drogas, el equipo psicosocial de la sanción principal y el delegado es central, ya que se debe evitar la sobreintervención; por el contrario, se debe potenciar la complementariedad de las actividades.

Por otro lado, las acciones terapéuticas realizadas con adolescentes sancionados tienen como marco las restricciones y prescripciones que la ley y el tribunal establecen, haciéndose necesaria la comunicación frecuente entre estos dos "mundos" -judicial y sanitario-terapéutico-, coordinación a la que podríamos llamar "intertemática".

Los procesos de supervisión y asesoría diseñados irán retroalimentando a los equipos sobre estos aspectos y, a la vez, servirán para complementar los presentes lineamientos técnicos.

Las recomendaciones siguientes están en coherencia con el modelo de tratamiento para adolescentes, adaptado específicamente para la población adolescente infractora de ley, recogiendo las exigencias de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Se señalan los flujos de atención para las distintas poblaciones y se hacen las diferencias correspondientes a cada una de las modalidades de tratamiento, al mismo tiempo que se explican las especificidades para el medio libre y el medio privativo de libertad.

1. Flujogramas de los procesos de atención en adolescentes infractores de ley

Es a partir de la decisión del juez, cuando dictamina sanción accesoria (evaluación clínica), que el proceso de atención del consumo perjudicial y/o dependencia del adolescente infractor de ley comienza.

En adolescentes sin sanción accesoria, sin embargo, la pesquisa que realice el equipo psicosocial o socioeducativo de SENAME y la voluntad del adolescente son factores relevantes para que se dé inicio al tratamiento.

Adolescentes en medio libre

1. Si la sanción principal **se da en el medio libre**, el adolescente quedará bajo la responsabilidad del equipo psicosocial de SENAME, que realizará el proceso de acogida y vinculación necesarios para trabajar estrategias motivacionales en drogas, un diagnóstico psicosocial y, eventualmente, un diagnóstico de sospecha de consumo perjudicial de drogas; si éste resulta positivo se podrá realizar una derivación asistida con un equipo de salud mental y drogas ambulatorio, que permita confirmar tal sospecha y realizar un diagnóstico integral, tratamiento y seguimiento del cuadro clínico.
2. Si el dictamen es de sanción accesoria, el adolescente será enviado por el Coordinador Judicial, en coordinación con el Encargado de Infractores, directamente con un equipo clínico de salud mental y drogas ambulatorio, con el fin de realizar un diagnóstico integral. Una vez que éste es confirmado se procederá a coconstruir con el sujeto y su familia, un plan individual de tratamiento integral, que será la carta de navegación de la fase de tratamiento.
3. El plan individual de tratamiento integral (P.I.T.I.) contiene los objetivos, los tiempos y las metas que pueden ser redefinidos por el equipo clínico durante el proceso terapéutico, de acuerdo a la evolución y a la realidad del adolescente y su familia. Todo el proceso de intervención clínica debe ser altamente complementario con el plan integral de tratamiento (PIT) que será diseñado por el equipo psicosocial de SENAME. Esta complementariedad es esencial, principalmente en las etapas de tratamiento y de seguimiento del programa terapéutico.
4. Para adolescentes en medio libre, ya sea con o sin sanción accesoria, existirán tres posibilidades de planes de intervención: Ambulatorio intensivo, Residencial y Hospitalización de corta estadía.

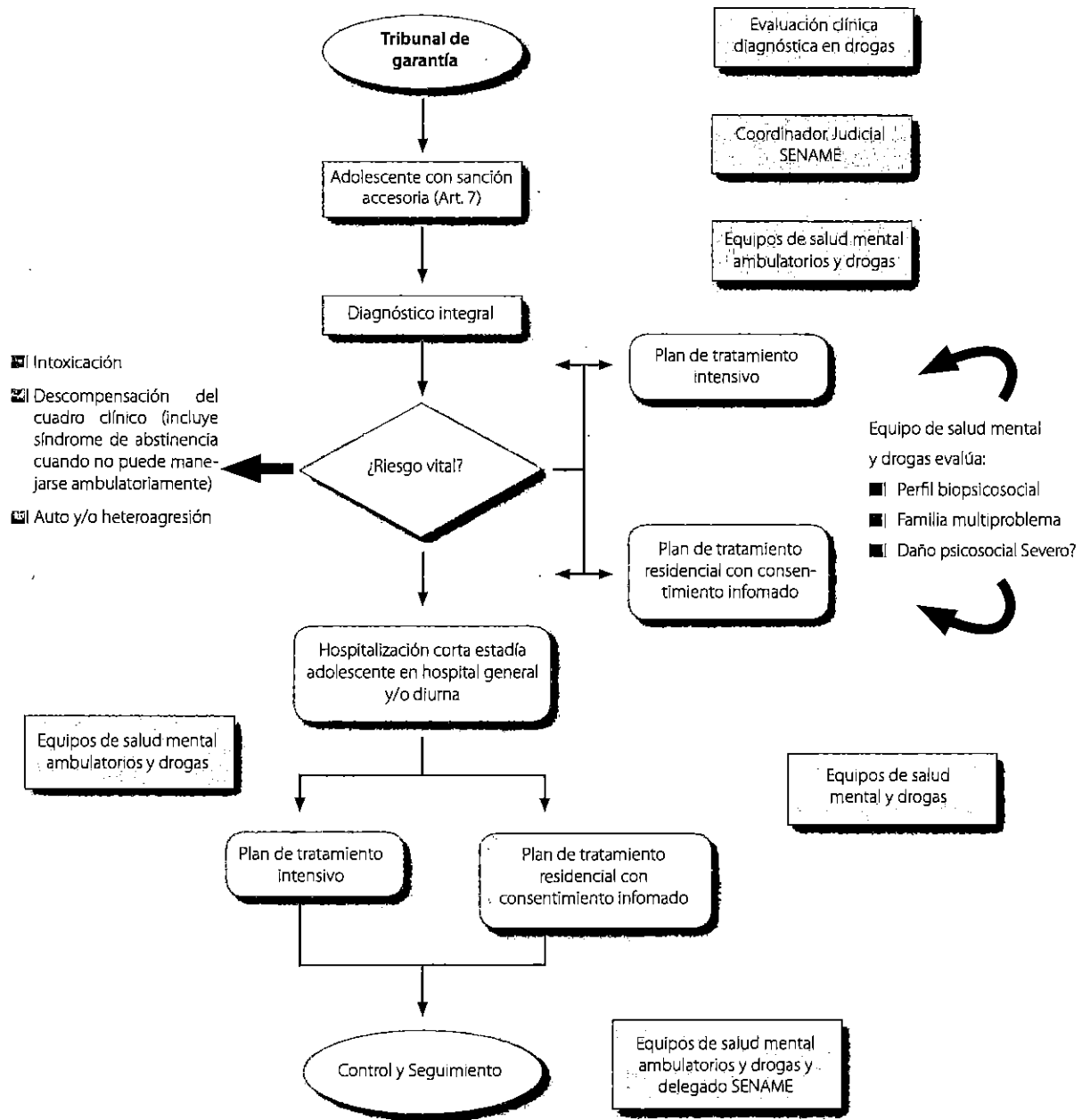
Adolescentes en medio privativo de libertad

1. Si la sanción principal se da en el **medio privativo de libertad sin medida accesoria**, el adolescente quedará a cargo del equipo psicosocial de SENAME, que realizará el proceso de acogida y vinculación necesarios para trabajar estrategias motivacionales en drogas, realizará un diagnóstico psicosocial y, eventualmente, un diagnóstico de sospecha de consumo problemático. Si esta sospecha resulta positiva, se podrá realizar una derivación asistida al equipo de salud mental y drogas ubicado en el centro privativo de libertad, que permita confirmar dicha sospecha y realizar un diagnóstico integral y tratamiento.

2. Si el dictamen es **de sanción accesoria**, el adolescente será enviado directamente al equipo clínico de salud mental y drogas que atiende en el centro privativo de libertad respectivo, con el fin de realizar un diagnóstico integral, tratamiento y seguimiento del cuadro clínico. La complementariedad de las intervenciones entre los equipos que realizan la atención es también fundamental en el espacio de privación de libertad.
3. Para adolescentes en **medio privativo de libertad con y sin sanción accesoria**, existirán dos posibilidades de planes de intervención: Intensivo y Hospitalización de corta estadía, los que a su vez, son complementarios entre sí.

Lo anterior se esquematiza en los siguientes flujogramas:

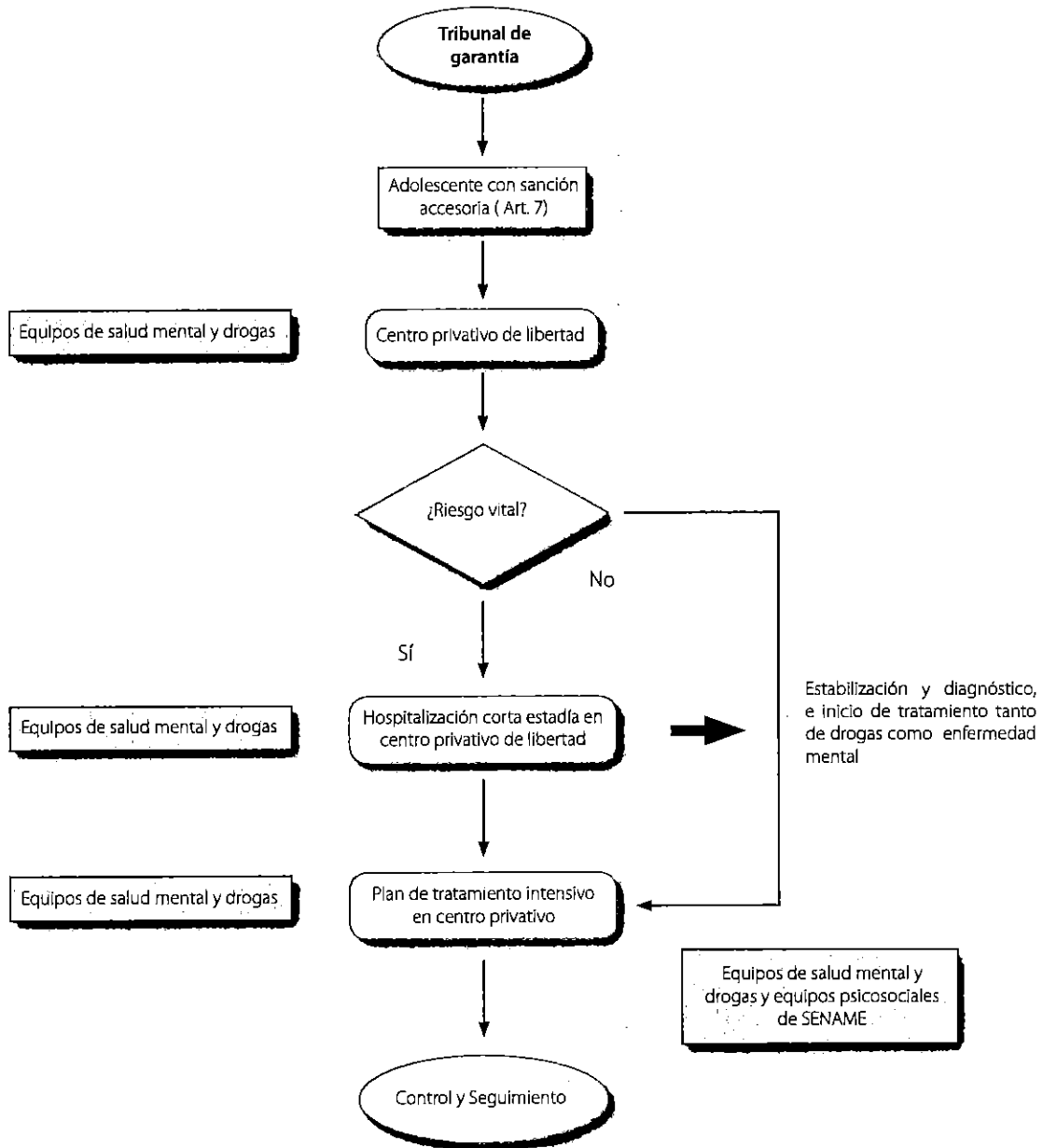
1. Atención adolescentes condenados con sanción accesoria en medio libre o sistema semicerrado, con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales(*)



(*) La Red de Atención considerará trabajo con familia o adulto prosocial en todos los casos en que esté presente.

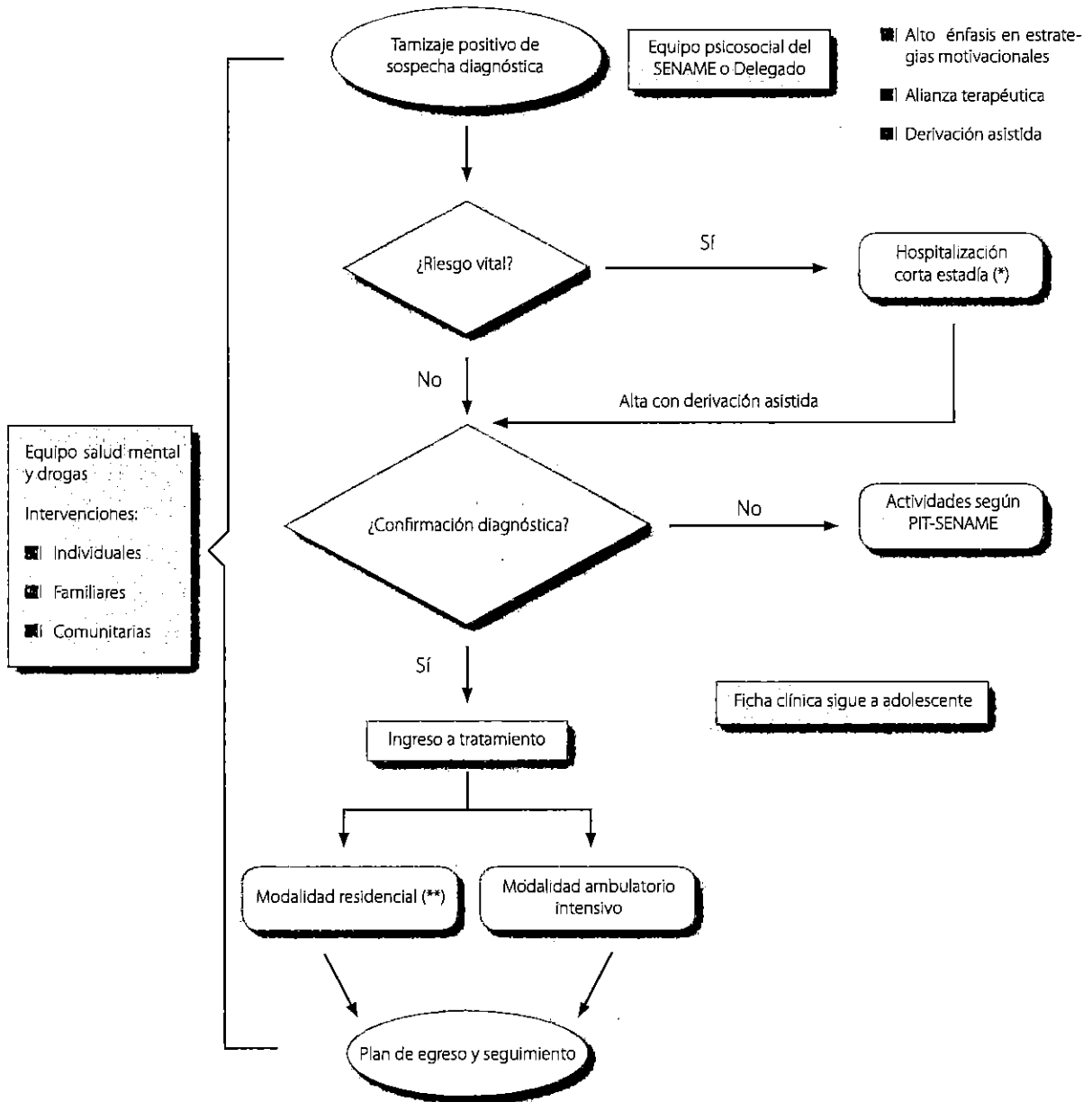
(**) Gestor de Red del Servicio de Salud define sus centros de referencia especializados para la atención.

2. Atención adolescentes condenados con sanción accesoria en medio privativo de libertad, con consumo problemático y otros trastornos mentales (*)



(*) Se considerará trabajo con familia o adulto prosocial en todos los casos en que esté presente.

3. Atención adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales y sin sanción accesoria



(*) Adolescentes en medio libre y en semicerrado corta estada en hospital general y para adolescentes en medio privativo de libertad, accederán a hospitalización al interior de algunos centros de cumplimiento de la sanción.

(**) Modalidad disponible sólo para adolescentes en medio libre y semicerrado.

■ 2. Sospecha del consumo problemático en adolescentes infractores de ley

Definición

Se entiende por sospecha diagnóstica el proceso de pesquisa de síntomas y signos que hacen presumir que el adolescente se encuentra en un nivel de consumo de sustancias psicoactivas determinado, el que se evalúa con un instrumento estandarizado.

La sospecha diagnóstica se enmarca en el contexto del diagnóstico psicosocial que realiza el equipo SENAME para la elaboración del plan de intervención individual (PII).

Este modelo de intervención utiliza un enfoque centrado en las necesidades y/o requerimientos del adolescente, por lo que la sospecha debe considerarse como un momento de oportunidad para intervenciones preventivas o anticipatorias a daños mayores.

■ 2.1. Procedimiento de sospecha diagnóstica y tamizaje

El equipo psicosocial de SENAME realiza un tamizaje a los adolescentes, en los cuales identifica sintomatología de consumo problemático de alcohol y drogas. Este proceso lo realiza a través de entrevistas, observación y con el instrumento estandarizado que se presenta a continuación.

Instrumento de sospecha diagnóstica del consumo de drogas

Signos cardinales	SÍ	NO	Presencia de sospecha
Consumo sostenido en los últimos 6 meses.			Sí, con cualquier droga.
Frecuencia de consumo diario.			Sí, con cualquier droga.
Frecuencia de consumo semanal.			Sí, con cualquier droga.
Frecuencia de consumo mensual.			No, a excepción de que consuma pasta base, cocaína, solventes.
Antecedentes de intoxicación aguda.			Sí, a excepción de alcohol.
Sospecha de síntomas de abstinencia.			Sí, con cualquier droga.

1. Deterioro evidente asociado al consumo de drogas

Signos cardinales	SÍ	NO	Presencia de sospecha
Lesiones de piel y/o mucosas, fanéreos.			Al menos dos respuestas positivas sumadas con presencia de consumo, nos señalan la posibilidad de consumo problemático de drogas.
Deterioro del estado nutricional.			
Deterioro evidente de la salud dental.			
Antecedentes de intento de suicidio con consumo.			

2. Signos asociados al consumo de drogas

Signos cardinales	SÍ	NO	Presencia de sospecha
Deserción del sistema escolar.			Al menos dos respuestas positivas sumadas con presencia de consumo, nos señalan la posibilidad de consumo problemático de drogas.
Antecedentes de consumo de drogas y alcohol de algún miembro de la familia.			
Notable abandono de hábitos higiénicos y estéticos.			

3. Resultados

- Hay sospecha de consumo problemático de drogas. Iniciar contacto con equipo de drogas correspondiente.
- No hay sospecha de consumo problemático de drogas. Realizar intervenciones preventivas si corresponden.

Nota: Instrumento adaptado por equipo asesor de CONACE.

Cuando el profesional del equipo psicosocial de SENAME identifica variables de riesgo con relación al consumo problemático de drogas con un **tamizaje de resultado negativo**, continuará con el adolescente en acciones de carácter preventivo en su plan integral de tratamiento.

En caso de **tamizaje positivo** el equipo psicosocial de SENAME coordina las actividades para la realización de la confirmación diagnóstica por parte del equipo de salud mental y drogas.

Por otro lado, el equipo de drogas deberá realizar un proceso de acercamiento con los diversos equipos psicosociales con los que estará en relación, para ayudar y transferir herramientas útiles para la sospecha diagnóstica.

Asimismo, es fundamental que el delegado o equipo psicosocial (SENAME) trabaje un **vínculo confiable y contenedor con el adolescente, para el desarrollo posterior de las intervenciones terapéuticas** que realizará el equipo clínico con el adolescente y su familia y/o adulto significativo prosocial.

2.2. Derivación asistida

Ambos equipos deberán mantener coordinación permanente durante todo el proceso de tratamiento, la que se indicará en los registros respectivos.

Una herramienta útil de coordinación para la referencia y continuidad terapéutica del proceso de atención del consumo problemático del adolescente es la **Derivación asistida**.

Ésta se define como un proceso administrativo y técnico que realizan en conjunto los equipos psicosociales y clínicos, con el propósito de establecer la coordinación necesaria que facilite la utilización de la confianza establecida entre el equipo de SENAME y el adolescente para iniciar el vínculo con el equipo de salud mental y drogas.

En este componente el equipo de drogas se coordina con el equipo psicosocial o delegado y recibe su informe, para iniciar la incorporación del adolescente al tratamiento.

Este proceso requiere una interacción dinámica y complementaria de ambos equipos que debe mantenerse durante todo el tratamiento para motivar la participación activa, asistencia y adherencia del adolescente, esto a través de reuniones clínicas conjuntas, visitas del delegado o miembro del equipo psicosocial al centro de tratamiento, participación del equipo de salud mental y drogas en actividades socioeducativas del equipo que administra la sanción principal, entre otras.

Las actividades de coordinación deben tener una planificación que permita a ambos equipos incorporarla en su práctica como una actividad cotidiana insustituible. La frecuencia de uso de este recurso deberá ser definida por ambos equipos, al menos una vez cada quince días, con una duración de no menos de treinta minutos, dependiendo del número de adolescentes bajo su responsabilidad.

Finalmente, esta interacción proactiva entre ambos equipos contribuye a dar continuidad a las estrategias que el equipo de salud mental y drogas desarrolla, orientadas al establecimiento de vínculo y motivación con el adolescente y su familia, o adulto significativo prosocial.

3. Confirmación diagnóstica del consumo problemático

La confirmación diagnóstica se guiará por el concepto de **Consumo problemático** de drogas, que consiste en el que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para la salud, familia, grupo de pares, escuela, seguridad personal y funcionamiento social. Se manifiesta en dos patrones descritos en la clasificación del **CIE 10**:

- **Consumo perjudicial:** Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, que puede ser físico (ej.: hepatitis) o mental (ej.: trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en el período de un año.
- **Síndrome de dependencia:** Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquieren, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Para establecer el diagnóstico de dependencia es necesario que hayan estado presentes simultáneamente tres o más de los siguientes criterios (persistentes durante al menos un mes o en forma repetida en un período de doce meses):

- 1) Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- 2) Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- 3) Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de esa misma (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- 4) Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
- 5) Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva, y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- 6) Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias perjudiciales.

Definición

La confirmación diagnóstica se comprende como un proceso de evaluación de variables clínicas y psicosociales que para el consumo problemático considera las siguientes:

- a. Evaluación del **compromiso biopsicosocial**: focalizado en las áreas de familia, salud física y mental (específicamente comorbilidad), socialización y modulación de conductas infractoras e integración social.
- b. Evaluación de la dimensión ligada al consumo; para esto es necesario basarse en la pauta "**Patrón de consumo**" y los criterios diagnósticos CIE 10.

Para evaluar estos contenidos, se sugiere realizar al menos tres entrevistas, una de las cuales deberá ser con un familiar o con el adulto significativo o con el equipo psicosocial de SENAME.

3.1. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor con sanción accesoria

- Este procedimiento será realizado a través de una **Evaluación Clínica Diagnóstica** que será solicitada por el juez o fiscal cuando exista una sospecha de asociación entre el delito cometido y el consumo de drogas, y será realizada por profesionales especialmente dedicados a este procedimiento, quienes diagnosticarán o no el consumo problemático y sugerirán la modalidad de intervención según criterio clínico (Intensivo, residencial, corta estadía).
- El juez definirá, sobre la base del informe de evaluación, si corresponde o no la sanción accesoria. Será el Coordinador Judicial Regional (en coordinación con el Encargado Regional de Infractores de CONACE) quien gestionará el ingreso del adolescente al programa de tratamiento según la modalidad definida.
- Clínicamente se recomienda que el plazo de ingreso al programa no sea superior a 72 horas desde la derivación del adolescente al Coordinador Judicial Regional.
- El equipo clínico que recibe al adolescente con sanción accesoria inicia la intervención con el proceso de diagnóstico integral.
- En caso de riesgo vital deberá ser hospitalizado en los servicios de corta estadía, en medio libre o privativo según corresponda.

3.2. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor sin sanción accesoria

- En adolescentes infractores de ley sin sanción accesoria el proceso de confirmación diagnóstica es realizado por el equipo de salud mental y drogas.
- Cuando el equipo psicosocial de SENAME o el delegado tenga un adolescente con tamizaje positivo, hará una derivación asistida al equipo clínico para su confirmación.

Profesionales que realizan la confirmación

Será realizada por el equipo de drogas y salud mental (ambulatorio intensivo) compuesto por psiquiatra infantojuvenil (psiquiatra adulto o pediatra o médico general capacitado), psicólogo, asistente social u otro profesional de salud mental, con las competencias adecuadas para llevar a cabo este procedimiento.

Si se sospecha de comorbilidad psiquiátrica y/o física, y el equipo no cuenta con el recurso profesional adecuado, deberá realizar una interconsulta al establecimiento de salud que corresponda.

■ 4. Ingreso al programa de tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas

■ 4.1. Criterios administrativos de ingreso al programa

Población de adolescentes que estén:

- Sancionados por la Ley 20.084 con sanción accesoria para tratamiento y rehabilitación por adicciones a drogas y alcohol.
- Sancionados por la Ley 20.084 sin sanción accesoria, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo de salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse al programa.
- Bajo una medida cautelar en medio libre o privativo de libertad, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse.
- Bajo una medida cautelar en medio libre, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse.
- Bajo una medida de suspensión condicional del procedimiento, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse.

■ 4.2. Consideraciones al ingreso al programa de tratamiento

■ 4.2.1. Adolescentes infractores de ley con sanción accesoria

- La vía de ingreso es directa al programa de tratamiento, ordenada por el juez y bajo la conducción del Coordinador Regional de SENAME con los antecedentes judiciales pertinentes.
- En los casos en que se realice una evaluación clínica en drogas, deberá entregarse copia del informe al equipo de salud mental y drogas.
- En estos casos el equipo tratante debe comenzar con la fase de diagnóstico integral que se describe más adelante.

- En el caso de que los adolescentes ingresen directamente por sanción accesoria, será responsabilidad del equipo clínico generar un vínculo confiable que permita trabajar la resignificación positiva de la medida judicial en pro de su rehabilitación y mejora de su condición vital de desarrollo. **Es imprescindible asignar un profesional como terapeuta principal que estará a cargo de la visión global y asegurar la integralidad de la ejecución del PITI en el adolescente.**
- El Coordinador Regional de SENAME y equipo socioeducativo o delegado, entregan al adolescente y referente familiar o adulto prosocial toda la información necesaria en relación con la sanción accesoria: lugar, condiciones del tratamiento, así como sus derechos sanitarios.
- El Coordinador Judicial de SENAME gestiona la primera entrevista (hora, lugar, profesional o profesionales encargados del ingreso del adolescente).
- Cuando el adolescente es derivado a un plan de tratamiento a cumplir su sanción accesoria, y el equipo clínico que lo recibe considere que no cumple los criterios clínicos para esta modalidad de intervención, deberá informar por escrito al juez y al equipo psicosocial, indicando esto al Coordinador Judicial Regional de SENAME para reubicar al joven.

4.2.2. Adolescentes infractores de ley sin sanción accesoria

- El ingreso al tratamiento se realiza administrativamente por el equipo de salud mental y de drogas luego de la confirmación diagnóstica.
- El delegado o encargado de caso deberá coordinar la primera entrevista del adolescente con el equipo salud mental y de drogas (hora, lugar, profesional o profesionales encargados del ingreso del adolescente).
- Asimismo, este equipo clínico deberá nombrar un **terapeuta principal a cargo de la visión global del adolescente, el cual debe asegurar la integralidad** de las acciones del PITI.

Registro del ingreso

El ingreso se realizará con un instrumento de ingreso estandarizado⁴⁷. Este documento es el primero de un conjunto que integra la **ficha clínica** del adolescente, la cual deberá estar disponible para cada profesional que interviene en la atención.

La ficha clínica es el instrumento de registro formal y relevante del proceso de atención, dado que:

- Reúne información relativa al diagnóstico integral.
- Describe el plan individual de tratamiento integral (PITI) y el registro del quehacer terapéutico de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados.

⁴⁷ Anexo 2. Ficha de Ingreso.

- Contiene la evolución clínica y psicosocial del adolescente.
- La evaluación de los objetivos terapéuticos.
- Los resultados de los exámenes solicitados.
- Los resultados de test psicológicos.
- El plan de egreso y de seguimiento.

Lo anterior permitirá disponer de la información más actualizada sobre la evolución clínica del adolescente atendido. La ficha clínica es un documento confidencial y deberá resguardarse su ubicación en los centros de atención, ya sean ambulatorios o cerrados. Es recomendable que esta ficha acompañe al adolescente en cada una de las modalidades de tratamiento, por lo que deberá tenderse a que cada uno de ellos tenga **una sola**, independiente de los establecimientos que requiera para hacer su tratamiento.

Entrevista de ingreso

Esta entrevista debe realizarse entregando toda la información posible respecto de la situación judicial y de salud de los adolescentes. Es recomendable que esta acción se realice con la participación de la madre, el padre o algún adulto responsable. Se aconseja estimular al adolescente y a su familia a realizar preguntas y dilucidar todas las dudas relacionadas, tanto con la sanción accesoria como con el tratamiento.

La información se refiere a:

- La función del equipo de drogas en el contexto de la sanción accesoria,
- la duración de la sanción,
- la infraestructura disponible para las actividades (sólo aquellas dependencias donde se realizarán entrevistas, terapia y grupos),
- los instrumentos que el equipo empleará para registrar, es decir, la ficha clínica y otros,
- la presentación de los integrantes del equipo de tratamiento.

Si bien algunos de los adolescentes están obligados/as a tratamiento, se aconseja realizar el encuadre terapéutico en contexto obligado, dado que los contenidos asociados al consumo de drogas y a la infracción de ley están ligados a conductas de alto riesgo para sí mismos y para los demás, por lo cual debe establecerse cuáles son los límites que esta relación plantea:

- La confidencialidad permite resguardar toda la información relativa a sus vidas privadas, que los adolescentes entreguen en las entrevistas con el equipo, sin embargo, toda información relacionada con la planificación de delitos no puede quedar en este encuadre.

- Asimismo, el equipo debe precisar que los "secretos" con la familia o con los equipos psicosociales -cuando éstos ponen en riesgo su integridad o la de otros- no forman parte del contrato terapéutico y la confidencialidad a la que tiene derecho todo usuario de un programa de drogas.
- El encuadre no es un tema que se resuelva y aclare en una entrevista, sino que se da más bien durante el proceso de adaptación y desarrollo de la alianza terapéutica, sin embargo, es importante informar a los adolescentes sus aspectos fundamentales.

■ 5. Diagnóstico

■ 5.1. Diagnóstico integral

Proceso de evaluación clínica integral (biopsicosocial) que elabora el equipo de salud mental y drogas, de todos los aspectos del ciclo vital en que se encuentra el adolescente; identifica sus características estructurales, la dinámica de su familia, su contexto sociocultural de desarrollo y todas las variables asociadas a su patrón de consumo.

Considera tanto los déficits como las potencialidades, identificando factores protectores y de riesgo para el adolescente. La perspectiva de género debe utilizarse en toda la evaluación, dado que según la evidencia disponible, se encuentran diferencias significativas en los perfiles de morbilidad en la salud mental del adolescente hombre y de la adolescente mujer.

El diagnóstico integral forma parte del tratamiento, en cuanto permite profundizar el conocimiento biográfico de cada adolescente, lo que es coherente con el modelo conceptual al que adscribe este programa.

Durante la elaboración del diagnóstico se debe incorporar la motivación, el desarrollo del vínculo, rescatando las competencias del adolescente y su familia.

Es importante relevar que el diagnóstico es una instancia de evaluación en la que, al tiempo que se evalúa, también se está interviniendo, transformándose en un proceso dinámico, circular que no sigue una lógica lineal y, por lo tanto, debe volverse sobre sus conclusiones durante todo el proceso terapéutico.

Es relevante evaluar biográficamente la evolución y el sentido de la infracción de ley, incluyendo aspectos clínicos y socioculturales (vulnerabilidad social, conducta delictiva), así como la asociación con el consumo de drogas, reconociendo factores protectores y de riesgo. Todo esto en coordinación con el equipo socioeducativo que lleve la sanción principal.

Es necesario entrevistar a los padres, madres y otros miembros de la familia, amigos o compañeros, delegado o equipo psicosocial, educadores de trato directo, escuela u otros significativos de su red de apoyo.

Esta fase permite corroborar, profundizar y evaluar el compromiso biopsicosocial del adolescente y su familia, la dimensión ligada al consumo, los estilos vinculares entre adolescente y grupo familiar, y la motivación en un sentido amplio. A la vez, generar una propuesta de intervención terapéutica (PITI) coconstruida con el adolescente y su familia o adulto significativo prosocial, adecuado a las necesidades y recursos del usuario.

Sobre la base de estos datos se establecerán los Objetivos Terapéuticos que se irán evaluando y ajustando periódicamente en el tratamiento. Constituye un aporte fundamental al plan individual (PIT-SENAME), diseñado por el equipo a cargo de la sanción principal, pudiendo ampliar la visión del adolescente y redefinir objetivos a trabajar.

Durante esta etapa el equipo de salud mental y drogas **junto al equipo psicosocial** a cargo del cumplimiento de la sanción o de la medida cautelar, evaluará la pertinencia de que el adolescente participe en las actividades incluidas en su plan integral, por ejemplo incorporación a la escuela, ya que debe focalizarse en las **necesidades clínicas del sujeto de atención y no en el cumplimiento de un programa** (objeto de atención). Por lo tanto, si un adolescente no puede asistir a determinada actividad por su condición clínica, el equipo de salud mental y drogas tratante deberá elaborar un informe detallado de esta situación y lo enviará formalmente al jefe técnico del centro o al delegado, quien coordinará esto con los equipos que intervienen en su rehabilitación (escuela y otros). Esto quedará registrado en el expediente de SENAME y en los registros del equipo de salud mental y drogas correspondiente.

Duración

La duración para el diagnóstico integral, considerando la complejidad del perfil y la necesidad de realizar distintos tipos de evaluaciones e intervenciones, no debe superar un mes.

5.1.1. Áreas a evaluar

De acuerdo a lo señalado en la confirmación diagnóstica (pág. 55) los aspectos que se abordarán en el diagnóstico integral son:

a. Compromiso biopsicosocial

b. Patrón de consumo

a. Compromiso biopsicosocial⁴⁸

El compromiso biopsicosocial se construye sobre la base de una serie de áreas, las que deben ser evaluadas en cuanto al grado de severidad, que puede presentarse de diversos modos en cada una de ellas.

Esta pauta está basada en el Patient Placement Criteria (PPC 2-R) y ha sido concordada por un grupo de expertos convocados por CONACE y MINSAL.

Se recomienda realizar un diagnóstico descriptivo de las áreas, rescatando las competencias individuales, familiares y contextuales, evitando la categorización rígida de las mismas. Lo anterior permite al equipo clínico utilizar este instrumento en distintos momentos del proceso terapéutico, pudiendo observar logros en el tratamiento y retroalimentar al adolescente y al plan individual de tratamiento integral.

⁴⁸ Ver Anexo Nº 3.

Las áreas consideradas en el diagnóstico del compromiso biopsicosocial (BP) son:

1. Salud física y mental.
2. Desarrollo psicoemocional.
3. Familia.
4. Socialización y modulación de conductas trasgresoras.
5. Integración social.

A continuación se detallan aspectos relevantes de cada una de las áreas mencionadas.

Salud física y mental

Para la evaluación de la salud física de los adolescentes, además de los procedimientos básicos (medición de talla y peso, por ejemplo), se sugiere la indicación de exámenes y estudios biológicos para descartar presencia de patologías físicas o neurológicas, y la derivación a especialidades cuando corresponda.

Pruebas indicadas regularmente a todos los adolescentes:

- Hemograma completo. En un porcentaje de consumidores de alcohol puede aumentar el volumen corpuscular medio (VCM).
- Perfil bioquímico: Glicemia y uremia.
- Perfil hepático: SGTO, SGTP, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina.

Las enzimas hepáticas son de especial importancia cuando existe un consumo de alcohol de larga data.

Otros exámenes sugeridos de acuerdo a las necesidades del adolescente son:

- Pruebas serológicas (VDRL) y VIH en los casos de adolescentes sujetos a explotación sexual u otras conductas de riesgo sexual, previo consentimiento informado del adolescente. Dándose sus resultados de forma confidencial.
- Electroencefalograma (EEG).
- Electrocardiograma (ECG), especialmente en usuarios que recibirán tratamiento farmacológico con neurolépticos y antidepresivos tricíclicos.
- Radiografía de tórax en consumidores de PBC.

Se derivará a las diferentes especialidades cuando se requiera, tales como nutricionista, matrona, neurólogo, dentista u otras.

Es fundamental realizar una evaluación de salud mental con profundidad, especialmente considerando la alta frecuencia de trastornos mentales en los adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y drogas.

Los trastornos de mayor prevalencia en adolescentes de alta vulnerabilidad social, especialmente aquéllos que son infractores de ley, son:⁴⁹

- Trastorno de Déficit Atencional.
- Trastornos del ánimo.
- Autoagresiones e intentos de suicidio.
- Trastornos del desarrollo de personalidad: Línea Borderline.
- Desarrollos psicopáticos.
- Trastornos disociativos graves.
- Trastornos psicóticos.

De acuerdo a la experiencia clínica de los equipos que han intervenido con esta población en nuestro país, se destaca la presencia de: daño orgánico, otros trastornos del desarrollo y externalizantes mayoritariamente en hombres e internalizantes mayoritariamente en mujeres. Además se observa una alta presencia de situaciones traumáticas, tales como abuso físico, psicológico y sexual desde etapas tempranas del desarrollo.

Es muy importante considerar que en la adolescencia algunos síntomas que pueden llevar a diagnosticar un trastorno mental, pueden estar mezclados con las características propias de la etapa, los efectos del consumo y de la privación de libertad, por lo que es preciso considerar un tiempo pertinente antes de confirmar las hipótesis diagnósticas.

Además, se debe evaluar la presencia de otros trastornos concurrentes secundarios al consumo de drogas y alcohol (ver anexo). De gran relevancia es el síndrome de privación o abstinencia a las diferentes drogas (CIE 10), con especial énfasis en aquel síndrome de abstinencia producido por alcohol y benzodiazepinas descrito en población adulta, pero que requiere observación especial en adolescentes con inicio del consumo abusivo desde etapas tempranas del desarrollo y proiongado en el tiempo.

Para ejecutar esta evaluación se recomienda utilizar entrevista y observación clínica (individual, grupal y familiar, o persona a cargo de su cuidado), apoyándose en los criterios diagnósticos CIE 10, y aplicación de tests psicométricos o pruebas psicológicas diagnósticas. Los resultados de estas evaluaciones deberían ser discutidos en equipo e interpretados con relación a los hallazgos clínicos y de contexto.

49 Bloom, 2005; Dorothy Otnow Lewis, 2002, 2004, 2005; Kaplan y Cornell, 2004; De la Peña, 2006.

Algunas de las pruebas de psicometría que es posible utilizar son las siguientes (los terapeutas consideraran su aplicación de acuerdo a la evaluación clínica):

- Bender Kopitz.
- WAIS o WISC – R
- CAT – A o CAT – H
- Pruebas gráficas: HTP, Familia, Figura Humana.
- En el ámbito de la evaluación de daño orgánico se recomienda el test de Luria-Nebraska.

Desarrollo psicoemocional

En este eje la intervención terapéutica se centrará en lo que se refiere al desarrollo de las etapas y tareas evolutivas en las que se encuentre el adolescente, incorporando la mirada desde el enfoque de la adolescencia en el proceso terapéutico.

La intervención deberá estar centrada, principalmente, en el desarrollo de habilidades, competencias, actitudes y valores como parte del desarrollo integral, centrándose en rescatar los recursos y características resilientes desarrolladas por estos adolescentes, más que en las carencias y fracasos.

Algunos objetivos terapéuticos específicos (que debieran contemplarse en el proceso terapéutico) que se realizarán en este ámbito son:

- Desarrollo y consolidación del proceso de identidad, con perspectiva de género y sexual.
- Desarrollo de una autoestima y autoimagen positivas.
- Favorecer el proceso de individuación, autonomía e integración al grupo de pares.
- Favorecer el desarrollo de habilidades y competencias asociadas con la resiliencia.
- Favorecer el proceso de individuación en relación con la familia, como parte importante del proceso de desarrollo de identidad en el adolescente.
- Favorecer el desarrollo de un proyecto de vida.

Estos últimos objetivos serán trabajados en conjunto y en coordinación clínica con el equipo que realiza el trabajo socioeducativo, con los diferentes énfasis que a cada equipo corresponda.

Familia

Esta dimensión se explora a través de diversas entrevistas, tanto individuales (con el adolescente o alguno de sus parientes) como grupales (totales o parciales).

Aunque el apoyo familiar no esté presente, deberá explorarse la historia familiar para el diagnóstico. Se requiere determinar en esta etapa:

a. Tipo de familia: nuclear (biparental, monoparental), extensa (trigeneracional o más), familia simultánea (hijos provenientes de dos, tres o más), etc. Describir a través del uso de genogramas de momentos claves del desarrollo (nacimiento, etapa escolar, actual, etc.).

b. Organización de la familia en relación con el consumo de drogas del adolescente, a fin de identificar algunas de las relaciones más importantes asociadas:

- Familias en las que el consumo de drogas es un problema nuevo en su historia.
- Familias en las que el consumo de drogas es un problema que se repite en otros miembros.
- Familias en las que el consumo de drogas está relacionado con tráfico de drogas y problemas delictuales.
- Familias en las que los padres presentan graves problemas de consumo y transgresiones delictuales.

Cada una de estas familias dará origen a planes de trabajo y acciones muy diferentes, relacionados además con las variables del compromiso biopsicosocial (anexo N°2). Asimismo, deberán tomarse en cuenta al elegir un tipo de tratamiento recomendado por el equipo.

c. Dinámica de la familia en relación con el consumo de drogas del adolescente infractor:

- Develar patrones colectivos asociados al consumo problemático.
- Relacionar el consumo con otras problemáticas muchas veces ocultas (duelos no elaborados, adaptación adversa al entorno, etc.).

En la práctica clínica de los equipos de tratamiento con adolescentes infractores, se recoge que las familias presentan:

- Mayor desvinculación de redes sociales, institucionales y comunitarias asociada a desesperanza, desconfianzas mutuas, exclusión social, entre otras.
- Diversidad en su estructura, que tiende a la polaridad. Se observa con frecuencia familias extensas con vínculos significativos no sanguíneos y también familias muy reducidas compuestas por uno de los padres y el adolescente.
- Alta presencia de consumo de drogas y alcohol familiar.
- Alta presencia de trastornos psiquiátricos.
- Alta presencia de infracción de ley y validación de esta conducta para la subsistencia.
- Naturalización (normalización) del maltrato y abuso, con presencia transgeneracional.
- Aceptación de la violencia como medio para resolver los conflictos familiares y con otros.
- Alta presencia de muertes traumáticas en la historia familiar.
- Locus externo en la mirada de los problemas familiares.

Todo lo anterior llevaría a definir a estas familias según la conceptualización tradicional de "familia multiproblemática", pero se sugiere traspasar este concepto y rescatar también los recursos y las competencias familiares, permitiendo utilizar estos últimos en beneficio del vínculo y la adherencia al tratamiento.

Además, es necesario incluir en el análisis los sentidos de pertenencia sociocultural con los que se identifica la familia, de manera de entenderla como parte de un contexto sociocultural que también influye en sus procesos.

Se debe evaluar la historia y estado de los vínculos de la familia con las instituciones formales y no formales, pues la evidencia clínica señala que es un aspecto central y que debe ser abordado tempranamente en el tratamiento, ya que desde ahí es posible establecer un mejor vínculo y abordar otros temas.

La evaluación familiar se realiza a través de actividades específicas en las que se incluye el primer contacto telefónico y la vista domiciliaria, además de entrevistas en el hogar y en el centro.

Si no existiera familia, debe contactarse con alguna figura de la familia extensa o figura significativa prosocial que participe y apoye el tratamiento.

Socialización y modulación de conductas transgresoras

El trabajo en esta área es prioritario, ya que la relación con el grupo de iguales a estas edades es clave y uno de los elementos más influyentes en el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo asociadas en los adolescentes.

La meta general debe apuntar al desarrollo de una competencia individual para la interacción social que les permita mejorar las relaciones que establecen con los demás y enfrentarse a los problemas que surgen en sus relaciones personales, actuando de forma adecuada o más adaptativa al contexto, en la relación con los padres, profesores, figuras de autoridad, etc. La modulación de las conductas transgresoras y la capacidad de reflexión con respecto a éstas, es otra de las metas a seguir.

Objetivos:

- Adquirir habilidades sociales y de comunicación necesarias para establecer relaciones y/o vínculos afectivos seguros y positivos.
- Reconocimiento de la dinámica de presión grupal, el sometimiento a la regla de conducta estricta del grupo de iguales y entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la presión de grupo, para conseguir desvincularse de agrupaciones desadaptativas.
- Favorecer un estilo de comportamiento asertivo.
- Desarrollar la capacidad para establecer y regular las relaciones interpersonales teniendo en cuenta las necesidades de los demás y basándose en los valores personales.
- Poner en práctica las habilidades sociales y de comunicación.
- Orientación del sujeto hacia una socialización integrada y respetuosa con las normas y límites del entorno.
- Potenciar la puesta en contacto y las relaciones con grupos de adolescentes no consumidores.

Situaciones asociadas al contexto privativo de libertad

Se describen algunos fenómenos comunes que se manifiestan de manera inmediata o en distintos momentos de la privación de libertad. Éstos son:

- **La desproporción emocional reactiva:** situaciones que en otro contexto carecerían de importancia son vivenciadas con una desproporcionada resonancia emocional y cognitiva.
- **La dualidad adaptativa:** Se puede producir una autoafirmación agresiva con fuerte hostilidad hacia todo lo que provenga de la "autoridad", o la sumisión frente a la institución como forma "adaptativa".
- **El "presentismo galopante":** Se refiere a la incapacidad para controlar las contingencias del ambiente, de manera que actúa bajo el mandato del inmediatez, lo que en situaciones de privación de libertad se traduce en vivir sólo el presente, con ausencia de planificación y visión de futuro.
- **Síndrome amotivacional:** Caracterizado por la pérdida de interés, por la percepción de la incapacidad de transformar o dirigir su vida, delegándose su responsabilidad y creatividad en el entorno institucional del que depende. Incluso, puede llegar a presentar episodios depresivos que pueden desencadenar conductas autoagresivas.

Por lo anteriormente indicado, la reducción de impacto del internamiento debe convertirse en uno de los objetivos a lograr por los equipos que intervienen con los adolescentes en los centros, constituyéndose como un **elemento de comprensión en cada una de las fases del tratamiento y ante los diferentes momentos de crisis** que pueden presentar los jóvenes al interior de un centro privativo de libertad.

Se sugiere realizar intervenciones enfocadas en prevenir las crisis o intervenir directamente a través de contención emocional, focalizando el o los factores desencadenantes de dichas crisis. Esto debe realizarse en estrecha vinculación y coordinación con los demás equipos que intervienen con el adolescente.

Integración social

En esta área debe evaluarse:

- Situación de vida en la calle, situación escolar, grupo de pares, participación en la comunidad, recreación y tiempo libre.
- Todas las áreas de este ámbito, descritas no sólo desde los déficits, sino también desde las capacidades, lo que permitirá trabajar las necesidades del adolescente y su familia en este ámbito durante todo el proceso de tratamiento.
- Todas las posibles redes individuales y comunitarias del adolescente y su familia, para su posterior desarrollo en la fase de tratamiento. Esto, principalmente en el contexto privativo de libertad, de manera de reducir el impacto del aislamiento social (prisionización) producto de la privación de libertad, y favorecer el proceso de integración.

- La clínica con perspectiva sociocultural se basa en el reconocimiento del otro como un otro válido, sujeto de derechos, lo que asume la necesidad de validación de un enfoque biográfico. Por esto, debemos conocer y resignificar las experiencias vividas, incluyendo los lazos afectivos construidos en las historias de vida, facilitando a través de ellos el proceso de vinculación y adherencia al programa de tratamiento⁵⁰.
- Permite visualizar las diferencias en torno al consumo de drogas y la infracción de ley, como prácticas con representaciones similares y diversas a la vez, según género, edad, territorialidad, espacio barrial, contexto legal, familiar, etc.
- Por otra parte, la incorporación de esta variable permite comprender e intervenir en función de las realidades subjetivas específicas, incorporando por ejemplo, los sistemas de creencias o la cosmovisión de las familias, y la posición que tienen en torno a ellas.

b. Patrón de consumo

El patrón de consumo del adolescente se presenta en un contexto que es relevante integrar en el análisis. La investigación de patrones de consumo debe incluir información sobre:

- Edad de inicio de consumo.
- Sustancia o droga consumida.
- Frecuencia del consumo actual.
- Presencia de consumo sostenido.
- Presencia de consumo socializado.
- Vía de administración.
- Consecuencias de la intensidad del consumo.
- Criterios de dependencia.
- Motivación al consumo.

Es importante destacar que muchas veces el consumo está asociado a conductas de riesgo que pueden derivar en acciones de mayor severidad, como delitos graves e intentos de suicidio. Además, el consumo se vincula con una mayor exposición de los adolescentes a situaciones de violencia física, psicológica, sexual, etc.

De acuerdo a la experiencia de los equipos que trabajan con adolescentes infractores de ley, la mayoría de la veces cuando el consumo existe, éste es en un patrón de alto riesgo, es decir, adolescentes en los que se superponen un sinnúmero de indicadores, que pueden quedar resumidos en la siguiente tabla:

⁵⁰ Aportes de equipo CRE SER. Fundación Tierra de Esperanza.VIII región.

Tipo de consumo		Consumo de drogas moderado	Consumo de alto riesgo
Edad de inicio de consumo		Entre 12 y 14 años.	Antes de 12 años.
Sustancia o droga consumida		Alcohol y marihuana con asociación ocasional a otras drogas.	Policonsumo (> de 3 drogas) PBC, heroína, Inhalantes.
Frecuencia del consumo actual		Habitualmente los fines de semana.	Todos los fines de semana y/o diario.
Consumo sostenido		De 3 meses a 6 meses.	Más de 6 meses.
Consumo socializado o no		En grupo y solo.	Mayor tendencia al consumo solitario.
Vía de administración		Más de una vía, no inyectable.	Inyectable.
Consecuencias de la intensidad de consumo		Primer episodio evidente de: accidente, violencia, autoagresión.	Accidentes reiterados. Violencia reiterada. Autoagresiones frecuentes. Coma etílico y/o por consumo de otra sustancia. Intoxicación por drogas.
Criterios de dependencia		Con criterio de consumo abusivo, sin criterios de dependencia.	Existen criterios de dependencia.
Motivación al consumo	Fisiológicas	Evitar hambre y frío. Dormir. Bajar de peso. Aumentar masa muscular.	Dependencia física. Evitar dolores físicos.
	Emocionales	Las indicadas en consumo con bajo riesgo, además de: Ansiedad y angustia. Efecto anestésico emocional. Aumentar ánimo. (En asociación, 2 o más).	Conjunto de motivaciones con significación patológica o con relación a conductas disociales.
	De desempeño y adaptación	Integración social, en distintos ámbitos	Realizar desempeños que infringen la ley. Cuando el uso de la droga deja de ser efectivo para el objetivo o significado pensado.

■ 6. Tratamiento

■ 6.1. Plan individual de tratamiento integral (P.I.T.I.)

Se basa en el diagnóstico integral realizado por el equipo y, por lo tanto, es coherente con la información recogida en las áreas descritas en la fase diagnóstica.

Se expresa a través del establecimiento de hipótesis diagnósticas (individuales, familiares y/o contextuales).

La práctica clínica recomienda que este plan se realice básicamente a través de sesiones individuales y familiares, además del análisis del caso en reunión clínica considerando un plazo aproximado de una semana; requiere ser flexible y reevaluado constantemente entre adolescente, familia y equipo.

En este plan deben quedar plenamente **identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser alcanzados con el adolescente y su familia**, quienes -como parte de la elaboración de éste- deben conocer íntegramente dichos objetivos y las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento (**contrato terapéutico**). Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el adolescente y familia o adulto prosocial.

Para el plan se deben tener presente las mismas áreas vistas en el diagnóstico:

1. Salud física y mental.
2. Desarrollo psicoemocional.
3. Familia.
4. Socialización y modulación de conductas transgresoras.
5. Integración social.

Si bien los objetivos terapéuticos son personalizados, es decir, definidos para cada adolescente de acuerdo al resultado de la evaluación integral realizado en el diagnóstico, éstos se orientan a:

- Motivación para el cambio.
- Manejo de la abstinencia.
- Reducción del daño.
- Reescolarización.

- Habilidades sociales.
- Reinserción social.
- Integración familiar.

La experiencia de los equipos muestra que es relevante motivar para que la incorporación a un proceso de tratamiento sea un acto voluntario, lo cual mejora resultados. Sin embargo, reconociendo el contexto judicial, sanción accesoria, deben desarrollarse **estrategias motivacionales** eficientes desde las primeras etapas de acercamiento al adolescente, las cuales mostrarán su eficacia en el momento de iniciar la fase de tratamiento.

El plan facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico en el adolescente y su familia, por lo cual:

- Debe ser **consensuado** con el adolescente y su familia, o adulto significativo prosocial, enfatizando la participación activa en su elaboración.
- Ser **elaborado y utilizado** por la totalidad de los integrantes del equipo tratante.
- **Flexible**, en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del desarrollo del tratamiento, que indiquen al equipo modificar, ajustar o cambiar modalidades de intervenciones.
- Debe **estar registrado en la ficha clínica** y en las principales actividades que se realizan para su cumplimiento.
- Debe ser **coordinado** con el plan de intervención individual del equipo socioeducativo.

Registrar todas las intervenciones realizadas por el equipo en la ficha permite:

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por el adolescente en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.
- Facilita la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- La continuidad del plan, aun cuando se hayan integrado nuevo miembros al equipo y, por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el adolescente.

En consecuencia, en el PITI se destaca:

- Comprender la complejidad que pueden alcanzar en la población estas intervenciones; se deben buscar las mejores estrategias posibles para incorporar activamente al adolescente y su familia en la elaboración, como sujetos de atención.
- Las intervenciones terapéuticas deben especificarse definiendo las del ámbito individual, familiar y social o comunitario.
- Las evaluaciones deben ser realizadas con rigurosidad, periódicamente y con la mayor objetividad posible por parte del equipo tratante.

En medio libre las modalidades de tratamiento serán:

- Ambulatorio intensivo,
- Residencial y
- Hospitalización en unidad de corta estadía.

En medio privativo las modalidades serán:

- Ambulatorio intensivo y
- Hospitalización en unidad de corta estadía en centro privativo.

■ Criterios Clínicos

Los criterios clínicos para definir la derivación del adolescente a las diferentes modalidades de tratamiento son los siguientes:

■ Modalidad Ambulatorio intensivo

- Cuenta con red primaria de apoyo o esté bajo la responsabilidad de SENAME.
- Clínicamente estable sin síntomas de intoxicación aguda.
- En caso de presentar comorbilidad, no exista riesgo vital (suicidio o heteroagresión grave).

■ Modalidad Residencial

- Ausencia de redes de apoyo.
- Redes que obstaculicen de forma severa el tratamiento (contexto que amenace la integridad del adolescente, tanto familiar como social).
- Compromiso biopsicosocial severo.
- Reiterados fracasos de tratamientos ambulatorios intensivos.

■ Modalidad Hospitalización de corta estadía adolescente:

- Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severo.
- Enfermedad mental con riesgo vital (hetero y autoagresión).
- Psicosis descompensada con bajo control de impulsos.

Descripción de modalidades de tratamiento

Modalidad tratamiento Ambulatorio intensivo

Esta modalidad constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, desarrollado en adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas y compromiso biopsicosocial severo, que cuente con red primaria de apoyo o esté bajo la responsabilidad de SENAME; en caso de presentar comorbilidad, el cuadro clínico está compensado con control de impulsos (sin auto/heteroagresión).

La duración óptima de la modalidad ambulatoria intensiva para la mayoría de los adolescentes es de diez meses, con una frecuencia de asistencia de cinco días por semana y con seis horas de permanencia cada vez. Parte del tiempo de permanencia puede ser efectuado en centros educacionales con adecuada supervisión.

Modalidad tratamiento Residencial

Esta modalidad constituye un conjunto de intervenciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a adolescentes infractores de ley con dependencia de drogas y compromiso biopsicosocial severo, con ausencia de redes de apoyo, o redes que obstaculizan de forma severa el tratamiento (contexto que amenace la integridad del adolescente, tanto familiar como social). Se otorga cuidados de 24 horas al día en un ambiente terapéutico.

Esta modalidad tiene una duración máxima de doce meses, con permanencia de siete días a la semana y con una jornada terapéutica de 5 a 8 horas diarias, y parte del tiempo de permanencia puede ser efectuado en el hogar con adecuada supervisión durante el fin de semana. El equipo de salud mental y drogas que refirió al adolescente analizará en conjunto con el equipo residencial, cada 3 meses, la pertinencia de continuar con esta modalidad de tratamiento o su traslado a un programa ambulatorio.

Modalidad de tratamiento Hospitalización de corta estadía adolescente

Se define como un servicio de hospitalización cerrada, con un número no mayor a 12 camas, ubicado en un hospital general tipo 1 ó 2, o en un centro privativo de libertad, donde se otorga atención clínica de especialidad psiquiátrica en un tiempo no superior a los 60 días, para adolescentes que presenten:

- Intoxicación aguda por consumo de alcohol y drogas.
- Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa.
- Comorbilidad psiquiátrica grave descompensada.
- Trastorno mental descompensado.
- Riesgo vital (hetero y autoagresión).

Dada esta condición clínica, no es posible su abordaje terapéutico en forma ambulatoria, requiriendo observación, atención médica y cuidados especiales las 24 horas al día.

Sus objetivos principales:

- Contención del episodio agudo y estabilización del cuadro clínico.
- Estudio diagnóstico acucioso y multiaxial.
- Definición de la modalidad de tratamiento.
- Manejo clínico del síndrome de privación por consumo de sustancias psicoactivas.
- Abordaje del cuadro clínico desde un enfoque biopsicosocial que permita la pronta identificación de los factores médicos, sociales y/o familiares que están condicionando la situación de crisis.

Los Centros de derivación a hospitalización en esta unidad son:

- Servicios de urgencia general.
- Centros ambulatorios de salud mental comunitaria.
- Hospital de día adolescente.
- Equipos de salud mental y drogas.

La atención del adolescente por una descompensación de una enfermedad, como las anteriormente definidas deberá regirse principalmente por los protocolos y guías clínicas vigentes (depresión, esquizofrenia, alcohol y drogas, etc.).

En relación con el abordaje clínico de los adolescentes con síntomas graves de abstinencia o privación por consumo de sustancias psicoactivas que requieran ser hospitalizados, incluye dos procesos:

a) El tratamiento del síndrome de abstinencia a una sustancia -que otorga asistencia médica a las personas que sufren este cuadro-, cuyos objetivos terapéuticos son:

- aliviar sus síntomas,
- disminuir los riesgos a los que puede quedar expuesto por la retirada de la droga en cada caso particular,
- su duración puede estar en relación con la duración del síndrome de abstinencia, es decir, puede extenderse por una a dos semanas⁵¹.

b) Es una intervención que pretende establecer un quiebre en el funcionamiento de la persona, aislándola del círculo vicioso de la adicción, en el cual el consumo se mantiene en gran medida como respuesta condicionada a los estímulos del ambiente interno y externo del sujeto.

Así, la intervención ofrece una oportunidad para estabilizar a la persona en sus componentes cognitivos, emocionales, conductuales y psiquiátricos.

⁵¹ Mattick and Hall, 1996.

Este tiempo de estabilización dará, además, la posibilidad de reunir recursos internos y externos al sujeto, con el fin de planificar una apropiada continuidad del tratamiento. Esta intervención, por su naturaleza, toma más tiempo que la anterior, sobre todo si se trata de pacientes que sufren problemas médicos y psiquiátricos concomitantes.

Las acciones en hospitalización incluye:

- Evaluación diagnóstica y tratamiento médico.
- Evaluación diagnóstica y tratamiento psiquiátrico.
- Terapia farmacológica.
- Atención psicológica individual, grupal y familiar.
- Motivación al tratamiento.
- Psicoeducación (individual y familiar).
- Consejería individual y grupal.
- Atención de enfermería.
- Terapia ocupacional.
- Atención de asistente social, individual, grupal y familiar.
- Intervenciones recreacionales.
- Intervenciones psicosociales.
- Cuidados de 24 horas al día en un ambiente hospitalario.

La duración de la hospitalización y la frecuencia de las acciones entregadas deben responder a las necesidades particulares de cada adolescente y estructurarse en un plan individual de tratamiento Integral. La duración óptima para la mayoría de los adolescentes es de 21 a 30 días, con jornada terapéutica de 5 a 8 horas diarias; sin embargo, en esta población el tiempo puede extenderse hasta 60 días, luego de los cuales deberá continuar tratamiento ambulatorio en el programa diseñado según los requerimientos del adolescente.

El equipo clínico que brinda atención en esta unidad debe tener las competencias necesarias que:

- Den seguridad al adolescente hospitalizado.
- Realicen intervenciones altamente eficaces, que permitan la pronta incorporación del usuario a la red asistencial y/o residencial a nivel local, con la cual mantiene coordinación permanente.
- Realicen acciones de autocuidado permanentemente.

Prácticas recogidas de los planes de desintoxicación de CONACE

- Generalmente, los adolescentes que ingresan a los programas de desintoxicación manifiestan un deterioro físico severo (desnutrición, patologías respiratorias y dermatológicas), presentando comorbilidad psiquiátrica grave, la cual tiñe en forma importante la sintomatología que da expresión al síndrome de abstinencia, cuando aquélla existe.
- Los consumos son de larga data, del tipo policonsumo, y las drogas que en cierto modo están más involucradas son el alcohol, la pasta base, algunos inhalantes, marihuana y/o cocaína.
- Generalmente, son adolescentes que tienen experiencias en conductas delictivas y muchos de ellos están con procesos judiciales pendientes.

El equipo de salud mental y drogas que refirió, o el del territorio del que proviene el adolescente, trabajará en conjunto con el equipo de la hospitalización la referencia asistida al centro, que brindará un plan terapéutico posterior, ambulatorio o residencial, que responda mejor a sus necesidades.

Se ha logrado establecer la importancia de un período de vinculación, motivación y adaptación al tratamiento; fase que va a entregar las bases para que el adolescente pueda prepararse para continuar uno en un espacio residencial, dado el perfil de los usuarios.

6.3. Intervenciones terapéuticas

Dada la similitud de las intervenciones realizadas en ambas modalidades de tratamiento, cuyas diferencias están dadas por la intensidad de las intervenciones y los recursos metodológicos que se utilizan, se mencionan a continuación las principales intervenciones que deben estar siempre consideradas en el plan individual de tratamiento integral.

Cabe señalar que la modalidad de Hospitalización de corta estadía, tanto en medio privativo de libertad como en hospital general, y aun cuando en ella también se pueden realizar varias de las intervenciones de la modalidad ambulatoria y residencial, éstas en el contexto de hospitalización, tienen sus particularidades, por lo que se abordará en un capítulo aparte.

6.3.1. Intervenciones individuales:

- Consulta médica (examen físico, laboratorio, farmacoterapia).
- Consulta psiquiátrica (psicoterapia, farmacoterapia y otros).
- Consulta psicológica (evaluaciones, psicoterapias, intervenciones psicosociales, otros).
- Consulta de salud mental (otros profesionales del equipo de salud mental y drogas), intervenciones psicosociales (recreacionales, consejería, otras).

6.3.2. Intervenciones grupales y familiares:

- Psicoterapias familiar.
- Psicoterapias específicas.
- Intervenciones psicosociales (recreacionales, consejería, otras).

6.3.3. Intervenciones comunitarias:

- Visita de salud mental a domicilio, escuela, trabajo, otros.
- Reuniones con organizaciones de base, de usuarios, familiares.
- Reuniones de coordinación con equipo psicosocial SENAME y otros (transferencia técnica).

6.4. Etapas del tratamiento

Se distinguen en las modalidades de tratamiento Ambulatorio intensivo y Residencial tres etapas:

- Adaptación.
- Estabilización y consolidación del tratamiento.
- Resolución e integración social.

6.4.1. Etapa de adaptación

En esta etapa se realiza una preparación para las etapas de mayor intensidad terapéutica, intervenciones con énfasis en continuar fortaleciendo el vínculo terapéutico y las estrategias motivacionales, así como dar inicio y/o continuidad al proceso de desintoxicación y de compensación física, desde una perspectiva de género y en clave adolescente⁵².

Se entiende como un proceso de intensidad progresiva y flexible acorde con el perfil del adolescente y el contexto social particular en que se encuentre.

Los contenidos llevados a cabo en la preparación del tratamiento cobran mayor relevancia en esta etapa, pero son transversales a todo su proceso.

En el caso del contexto privativo de libertad, las intervenciones individuales en salud mental deben diferenciar con claridad la sintomatología producida por el síndrome de abstinencia de aquella causada por la prisionización.

⁵² Arbex, Carmen. Guía de Intervención Menores y Consumo de Drogas, ADES. Madrid 2002.

En el caso de que se trate de intervenciones en que la prisionización sea un aspecto asociado a la sintomatología clínica, se requerirá incorporar estrategias pertinentes, con el equipo del centro donde se encuentra privado de libertad el adolescente. Dichas estrategias deberán ser explicitadas en los planes de tratamiento respectivos.

En esta etapa se espera que los adolescentes y sus familias, reconozcan y realicen acciones encaminadas a reducir o minimizar las conductas reconocidas como de riesgo (gestión de riesgo).

Situaciones asociadas al contexto

- Se sugiere que cuando existan **adolescentes con medida cautelar** que han iniciado el tratamiento voluntariamente, se debe coordinar tempranamente con el equipo clínico de drogas en medio libre cercano a su territorio, para favorecer la continuidad del tratamiento en el caso de que se suspenda la medida judicial, y se recomienda al equipo conocer la situación judicial del adolescente a través de las reuniones entre equipo psicosocial y abogado defensor del joven.
- Cuando la sanción se resuelve y el adolescente ya ha comenzado su tratamiento, se sugiere motivar y trabajar con él la importancia de continuar con un proceso de tratamiento y de rehabilitación en drogas, ofreciendo las instancias pertinentes de la red asistencial ubicadas en el territorio del joven, realizando una adecuada derivación asistida.

Duración

Se estima una duración de tres meses. En el caso de adolescentes con privación de libertad, la etapa puede ser de mayor duración al presentarse más intensamente síntomas asociados a la prisionización.

Contenidos fundamentales a trabajar

- **Alianza terapéutica:** Una vez que se conoce más de la historia y formas de vinculación, debemos continuar realizando intervenciones que fortalezcan este proceso, desarrollando estrategias que favorezcan una relación segura para el adolescente y su familia, constituyendo un espacio reparador en sí mismo⁵³.
- **Estrategias motivacionales:** Entendiendo la motivación como un proceso dinámico que se da en la interacción de los sujetos y que puede ser influenciada positivamente por los profesionales a cargo,⁵⁴ por lo que lo motivacional puede ser favorecido al ser abordado desde una perspectiva exploratoria -en un sentido amplio-, no instalando necesariamente el tema del consumo como problema principal, sino que abriéndose la posibilidad a abordar otras temáticas de interés para el adolescente tales como lo jurídico, la privación de libertad, entre otras. Siempre en clave adolescente y con pertinencia sociocultural.

53 Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes, Orientaciones Técnicas. CONACE 2003.

54 Miller and Rollnick, 1991.

- En este proceso dinámico influyen, tanto los factores individuales como los factores contextuales como la privación de libertad o el entorno interaccional de agresividad, violencia, etc., por lo que los profesionales deben considerar estas variables para entender las fluctuaciones de lo motivacional y la adherencia al tratamiento.

En esta etapa se sugiere iniciar o continuar los procesos de desintoxicación y de compensación de los trastornos físicos y de salud mental, a través de intervenciones en el ámbito físico, nutrición, salud sexual y reproductiva, entre otras; señaladas en la Norma Técnica N° 85, cuando se estime necesario.

La experiencia clínica ha demostrado que cuando se realiza esta intervención temprana y eficazmente, se genera una mayor adherencia al tratamiento y logros terapéuticos.

Áreas de intervención

a. Intervenciones individuales

En cuanto al proceso de alianza terapéutica:

- Flexibilizar los tiempos de las sesiones individuales de acuerdo a las necesidades del adolescente; desde la práctica se sugiere al inicio, sesiones de 20 a 30 minutos.
- Resignificar las experiencias y figuras significativas en la vida de los jóvenes, cuidando que la relación terapéutica no se convierta en el eje de "cómo debe ser una relación segura".
- El clínico ofrece al adolescente la posibilidad de realizar un recorrido autobiográfico del discurso que articula a la droga y al delito en un todo coherente, buscando los sentidos simbólicos del consumo problemático, así como de la infracción de ley. Esto, con el objetivo de visualizar aquellos puntos o nudos en los que su experiencia involucra la necesidad de la droga y/o la infracción de ley, de modo de poder ir haciendo una cadena de sentidos diferente, que abra la posibilidad al terapeuta de trabajar con el adolescente la manera de incorporar nuevos sentidos y formas de convivencia.
- Los terapeutas deben conocer la fragilidad del vínculo entre el adolescente infractor y el mundo adulto, en especial en contextos privados de libertad, estilos de apego muy desorganizados, comorbilidad, maltrato y abuso sexual, por lo que se sugiere no "sobrecargarlos".

Técnicas e intervenciones recomendadas:

- Lúdicas.
- Contención emocional.
- Manejo de contingencias.
- Técnicas narrativas.
- Técnicas gráficas.
- Relajación.

Estrategias motivacionales

- Se recomienda establecer por parte de todos los interventores un liderazgo competente, comprometido y con prácticas de refuerzo positivo, evitando el autoritarismo y las relaciones horizontales.
- Conocer las prioridades y proyectos a futuro del adolescente, para juntos clarificar que estos objetivos propuestos no estén vinculados con su situación actual. Ej: pololeos, estudios, etc.
- Se sugiere elaborar metas en conjunto y cuantificarlas.
- Evaluar la percepción del cambio a través de su propia creencia de cómo se puede cambiar, o que él mismo evalúe la percepción que tiene sobre el cambio de algunos de sus pares.
- En el caso de que el adolescente no desee comprometerse con el proceso de cambio, se sugiere la entrevista motivacional propuesta por Miller y Rollnick^{55,56} que plantea cinco estrategias fundamentales:
 - Expresar empatía: el terapeuta debe escuchar, más que decir; expresa empatía ante la ambivalencia de su conducta de riesgo (consumo, infracción).
 - Poner de manifiesto las contradicciones: se refiere a la percepción que tiene el adolescente de su realidad actual y de dónde quisiera estar, devolviendo sus propias contradicciones de una manera empática; por ejemplo, el deterioro de la imagen corporal secundario al consumo.
 - Evitar la discusión: no se recomienda la confrontación; cuando esto sucede debe sospecharse que en el algún momento el terapeuta utilizó la discusión, por lo que deben replantearse las estrategias a seguir.
 - Allanar la resistencia: se refiere a la posibilidad de trabajar con las contradicciones hacia el cambio y no interpretarlas como fracaso del tratamiento. En contextos privativos la resistencia puede ser mayor, por lo que el terapeuta puede hacer preguntas abiertas que relacionen su situación contextual... ¿cómo crees tú que te podemos ayudar para no tener problemas con la justicia?
 - Autoeficacia: el terapeuta debe ayudar y reforzar los logros alcanzados, aunque éstos sean mínimos.

55 Motivational Enhancement Therapy Manual (Miller y cols,1995). Marijuana Treatment Project Therapist Manual (Steinberg y cols, 1997). Ambos adaptados para su uso en adolescentes.

56 Evidencia tipo 1 para el uso en adolescente. Dunn, Deroo, Rivadavia 2001.

Estabilización de salud física y mental

Recomendaciones

- Peso semanal a los jóvenes que se encuentren en esta etapa, e incluirlo en pauta de autocuidado físico.
- Derivar a especialidad de acuerdo a necesidad: matrona, dentista u otros, favoreciendo el involucramiento del adolescente y su familia en este proceso.
- Observar tempranamente la aparición de síntomas asociados al síndrome de abstinencia y diferenciarlos de los asociados a la prisionización u otras problemáticas emocionales, indicar para ello tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Técnicas e intervenciones recomendadas

- Talleres de psicoeducación sobre el tratamiento farmacológico para apoyar la adherencia al mismo, donde se trabaja con el adolescente y su familia el tipo de fármaco que va a recibir, usos y tiempo estimado, dosis, efectos adversos.
- Ejercicios de relajación, respiración.
- Manejo de contingencias⁵⁷.
- Intervenciones farmacológicas previa anamnesis, e indicación de estudios necesarios para la utilización de los fármacos que corresponda (EKG, perfil hepático, etc.), además de contar con el consentimiento informado del adolescente, familia o tutor a cargo.
- La evidencia científica sugiere el uso de benzodiazepinas en dependencia a alcohol en adolescentes.
- Los otros fármacos recomendados en adolescentes son los siguientes: ISRS, estabilizadores de ánimo, estimulantes de liberación inmediata o sostenida, antipsicóticos, vitaminas, entre otros.

b. Intervenciones grupales

La relevancia del trabajo grupal en esta etapa radica en el desarrollo de procesos motivacionales, vincular y de habituación.

Es necesario que este espacio sea coordinado por dos profesionales del equipo, quienes integren el enfoque socio-cultural a la experiencia de procesos grupales.

Contenidos a trabajar

- Construcciones de identidad de género adolescente, consumos, territorio, a través del relato de vivencias o de actividades diversas.
- Generación de rutinas diarias en los diferentes contextos en que se encuentre; en el privativo de libertad deben de incorporarse todas las actividades a realizar por el adolescente en el centro.

57 (Deas and Thomas, 2001) (Mayo and Smith, 1997; O'Brien 2005; Vocci et al 2005).

- Formas alternativas de resolución de conflictos.
- Reparación de lo vincular con el mundo adulto y con sus pares.
- Elaboración grupal de pautas de reducción de riesgos y daños.
- Reforzar los factores de protección y autoeficacia.
- Prevención de recaídas.

Favorecer el desarrollo de conductas prosociales a través del desarrollo de la empatía.

Recomendaciones desde la práctica

- Las actividades grupales favorecen el proceso terapéutico de las mujeres cuando sólo están conformados por mujeres.
- La experiencia dice que las técnicas lúdicas, recreativas, culturales y deportivas favorecen la motivación y adherencia.
- Se sugiere grupos pequeños y homogéneos en cuanto a edad, intereses, afinidad y variable criminológica. La duración de la actividad debe ser breve, con un aumento gradual dependiendo del proceso grupal, revisando la metodología de acuerdo a los intereses y motivaciones del grupo.

Técnicas y estrategias:

- Grupos de discusión.
- Grupos de conversación.
- Técnicas lúdicas.
- Actividades deportivas.
- Imaginería.

c. Intervenciones familiares

- Es importante considerar que estas familias han vivido la experiencia de la intervención en reiteradas ocasiones, por ende, los interventores o terapeutas deben tener presente un **tiempo flexible** para generar los procesos que se pretenden.
- En esta etapa se genera un acercamiento a la familia, con el objetivo de favorecer la adherencia al tratamiento por parte de ésta, propiciando que más adelante se generen modificaciones en la dinámica familiar.
- Además, es necesario que el equipo mantenga una buena coordinación con otros programas, de modo de evitar la sobreintervención.

Se sugiere en esta etapa trabajar los siguientes contenidos:

- Motivación al tratamiento.
- Historia y estilos de vinculación entre los miembros de la familia y entre familia y operadores.
- Cosmovisiones o creencias sobre salud, adolescencia, adicción, delito, género, etc.
- Significado y sentimientos del estar “preso” desde cada uno de los miembros de la familia.
- Manejo de contingencias tales como intoxicación, síndrome de abstinencia.

Las actividades se pueden diferenciar entre terapia familiar e intervenciones familiares.

Recomendaciones desde la práctica

- En el contexto privativo de libertad se sugiere que los espacios y el tiempo de la intervención con la familia sean diferenciados a los de visitas, se debe favorecer la incorporación de la familia lo más temprano posible a la nueva situación en que se encuentra el adolescente (privación de libertad).
- En el contexto no privativo se sugiere que la familia contenga al adolescente y mantenga, al menos, funciones elementales de cuidado, apoyo y responsabilización del tratamiento farmacológico u otro indicado en esta etapa.
- Se sugiere ofrecer espacios grupales de trabajo con la familia, orientados desde la articulación entre el enfoque sanitario con lo sociocultural.

Las intervenciones más utilizadas son de contención, intervención en crisis, apoyo, psicoeducación, realizadas mayoritariamente en su propio contexto.

d. Intervenciones comunitarias

Recomendaciones desde la práctica⁵⁸

Contextos no privativos

- Se sugiere coordinación permanente con el delegado para derivación asistida a programas de salud escolar, laboral, considerando la etapa de tratamiento.
- Participar en reuniones del equipo psicosocial ejecutor de la sanción para dar cuenta del proceso del adolescente.
- Realizar informes del proceso al sistema judicial, profesional a cargo, coordinador (a) del programa.

58 Proyecto Agora, ONG. Fundación Tierra de Esperanza.

Contextos privativos

- Coordinación permanente con educadores de trato directo.
- Definir con equipos psicossocial y educacional las estrategias más atingentes en el proceso de escolarización.
Iniciar junto al equipo psicossocial un trabajo con redes externas, tanto a nivel individual como social, para
- disminuir el impacto de prisionización.
El coordinador del programa debe conocer la situación judicial del joven a través de las reuniones técnicas
- acordadas por el jefe técnico y el abogado defensor de aquél, para definir la conducta a seguir ante la posibilidad de cese o cambio de medida judicial.

6.4.2. Etapa de estabilización y consolidación

Esta etapa del tratamiento marca la entrada en los procesos psicoterapéuticos propiamente tales, tanto en lo individual como en lo grupal en el adolescente, familia y comunidad. Siempre manteniendo la compensación psíquica y somática que se ha iniciado en la fase anterior y trabajando en la reducción de los riesgos asociados al consumo, a través del reforzamiento de los factores protectores del adolescente y su familia.

También se inicia el proceso de desarrollo y afianzamiento de competencias emocionales, cognitivas, conductuales y sociales que favorezcan el proceso terapéutico del adolescente, haciendo énfasis en la prevención de recaídas. Iniciando, además, procesos psicoterapéuticos reparatorios y de simbolización de la afectividad; incorporando desde la perspectiva del desarrollo y la terapia, un apoyo al proceso de responsabilización que está estrechamente ligado con la sanción principal, cuando ésta existe.

Duración

La complejidad de los procesos de cambio que debe hacer el adolescente condiciona respuestas diferenciadas, de acuerdo a las características de cada uno de ellos. La experiencia indica un rango estimado entre cuatro a seis meses.

Especificidades de la fase de estabilización y consolidación

Medio privativo

- Actividades lúdicas, recreativas, deportivas, culturales que se relacionan con la motivación y adherencia.
- Siempre incorporar otros actores.
- Se sugiere incorporar a los educadores de trato directo.
- En complementariedad con otros programas.

Medio libre

- Integración a sus redes.
- Plan residencial.
- Mantenimiento de las actividades.
- El adolescente debe ser más activo en la mantención de estas redes.

Ámbitos de intervención

a. Intervención individual

Es importante indicar que no existe un modelo psicoterapéutico único, válido para todos los adolescentes. Por lo tanto, el modelo o tipo de intervención que se diseñe debe cumplir ciertas características:

- Debe ser fácilmente accesible.
- Disponible en todo momento.
- No debe limitarse al uso de drogas, sino a todas las necesidades del individuo.
- Debe ser posible evaluarlo.
- Debe ser planteado con una gran flexibilidad, es decir, con capacidad de modificarse según las necesidades del paciente⁵⁹.

La revisión realizada sobre este aspecto⁶⁰ no aporta información específica, sólo se encontraron estudios aislados al respecto. Sin embargo, en lo hallado hay consenso en señalar que las intervenciones deben ser diferenciadas sobre la base de género.

El abordaje psicoterapéutico debe considerar al adolescente como un **ser activo en la construcción de la realidad y de sí mismo**, por lo cual hay que integrar todas las funciones del desarrollo desde una perspectiva integral.

- Debe existir una visión evolutiva, es decir, un proceso de cambio de múltiples determinantes (biológico-psicológico-social) que se da a través de principios jerárquicos. En este sentido, se propone una disposición innata al desarrollo con cambios dinámicos en interacción con el ambiente.
- El tiempo de duración de las intervenciones psicoterapéuticas debe considerarse en relación con la capacidad que el adolescente tenga para trabajar (concentración, motivación, deterioro, etc.).

59 (Maturana, 2004).

60 Arguello, G. Cynthia y Alvarado B. M., Elena. "Revisión de Evidencia del tratamiento de Drogas en población adolescente infractora de ley". U. de Chile, 2007.

- Probablemente, se requiera partir por actividades grupales que permitan ir motivando y dando confianza al individuo en las distintas técnicas que se utilicen (intervenciones más bien psicoeducativas), o bien, intervenciones que se aproximen al sujeto a partir de una realidad distinta a la del lenguaje, que requiere de una estructura mental más organizada para el trabajo, como por ejemplo la realidad sensorial o la realidad lúdica o de juego social.
- El objetivo fundamental es acompañar, inducir y reforzar su proceso de maduración, desarrollando sus propios recursos personales y relacionales, aportándoles los necesarios para la consecución de su proyecto de realización personal.

A través de sus experiencias va desarrollando patrones de percepción y conducta respecto a su relación con el mundo. Estos esquemas poseen un contenido, los que serían creencias o reglas sobre cómo están relacionados los hechos, que al ser erróneas, inflexibles o extremas generarían disfuncionalidad en el adolescente.

Estas representaciones del sí mismo y del mundo tienen en el adolescente un significado afectivo que englobaría a las "actitudes", "sentimientos" y "motivación" ante la experiencia, en directa relación con la dirección y fuerza de la conducta; las preferencias, las necesidades y los deseos como individuo (Maturana, 2).

Psicoterapia individual

La evidencia en población general señala como efectivas⁶¹:

- La psicoterapia expresiva de apoyo con nivel de evidencia 2, grado de recomendación B.
- La psicoterapia interpersonal con nivel de evidencia 2, grado de recomendación B.
- la terapia cognitivo-conductual con nivel de evidencia 1, grado de recomendación A.

A través de la terapia psicológica individual, se pretende que el sujeto descubra, reconozca y modifique los pensamientos, sentimientos y acciones de los que surgen algunos de sus problemas (emocionales, conductuales y sociales), con el fin de favorecer su desarrollo biopsicosocial que le permita obtener un mayor control de su vida.

Objetivos:

- Favorecer el desarrollo integral del sujeto.
- Descubrir, reconocer y modificar los pensamientos, sentimientos y acciones que le generan los problemas.
- Lograr un mayor conocimiento de sí mismo (identidad).
- Definir su identidad personal y social.

La consolidación es el momento en el que la psicoterapia adquiere fuerza, pues los procesos internos y relacionales ya comienzan a ponerse en juego, con lo cual el clínico puede tomar una actitud menos directiva y gradual en cuanto a su propio quehacer.

61 Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en Menores de 20 Años. Serie Guías Clínicas, MINSAL N° 53, 2007.

Alianza terapéutica

Se mantiene el fortalecimiento de una alianza terapéutica que permita el desarrollo de un proceso terapéutico propiamente tal. En este momento se establecen las bases seguras para que el adolescente pueda continuar el camino a la abstinencia con mayor fuerza y constancia. Esto se ve potenciado con la alianza de mayor seguridad que ha establecido el equipo hacia el adolescente en etapas anteriores.

Estrategias motivacionales

- Se recomienda mantener las estrategias motivacionales planteadas en fases anteriores estableciendo y revisando la pertinencia de éstas, reelaborando nuevas; siempre en la línea del conocimiento de las reales necesidades y prioridades del adolescente: por ejemplo: pololeos, estudios, nuevas amistades, etc.
- Se sugiere mantener la elaboración y cuantificación de metas en conjunto.
- La percepción del cambio es otro elemento a mantener con el joven. Principalmente a través de su propia creencia -en donde se van incorporando las nuevas experiencias- evaluando la percepción de cambio que él tiene sobre sí mismo y la que tiene sobre algunos de sus pares.

Trastornos de salud mental

- Tratamiento psicofarmacológico. Se mantienen las indicaciones señaladas en etapas anteriores, reevaluando dosis, adherencia, presencia de efectos colaterales y pertinencia de esta intervención en esta fase. Las intervenciones farmacológicas deben estar siempre visadas por la opinión médica capacitada o especializada, ya sea a través de la evaluación directa o mediante la supervisión clínica psiquiátrica (ver anexo psicofármacos).
- Tratamiento de trastorno de salud mental. Se mantienen las indicaciones que permiten la compensación de los cuadros comórbidos diagnosticados en etapas previas. Reevaluando tanto tratamientos farmacológicos (signos de recuperación clínica, presencia de efectos colaterales, tomando niveles de medicamentos en la sangre, etc.) como aquéllos que no lo son. Se debe evaluar la pertinencia de mantener este tratamiento o la posibilidad de suspenderlo, de acuerdo a la decisión clínica. Las suspensiones o ceses de tratamientos farmacológicos deben estar visadas por la opinión médica capacitada o especializada.

Tutoría o consejería

Está a cargo del o los tutores o tratantes o referente técnico, que trabajan directamente con el adolescente y su familia o figura vincular, a través de consultas de salud mental.

Fundamentación:

- En las tutorías se procede a apoyar el diseño, seguimiento y evaluación del proyecto terapéutico integral (PTI).
- Es un espacio privilegiado de reflexión, análisis y evaluación del proyecto terapéutico integral, individualizado.

- ☒ Durante las tutorías se contrasta información, se marcan objetivos y se realiza una programación individual.
- ☒ Este espacio de atención individual está, asimismo, orientado a generar implicación y motivación al sujeto en su proyecto educativo, demostrándole apoyo y refuerzo respecto de sus logros.
- ☒ Se realizan con una frecuencia semanal o quincenal según los casos.

Objetivos:

- ☒ Crear un espacio de reflexión, análisis y evaluación (PITI).
- ☒ Realizar una reflexión personal estructurada.
- ☒ Contrastar información.
- ☒ Programar y evaluar los objetivos del PITI.
- ☒ Programar individualmente.
- ☒ Simular situaciones problemáticas o de riesgo.
- ☒ Llamar la atención del sujeto respecto de sus dificultades de logro.
- ☒ Conocer las inquietudes y expectativas del sujeto.
- ☒ Escuchar las preocupaciones, dudas, etc. respecto a su PITI.
- ☒ Implicar-motivar-reforzar al individuo en su proyecto integral.

b. Intervenciones comunitarias

- ☒ **Ámbito escolar:** intervenciones psicopedagógicas, nivelación y apresto escolar (clases), refuerzo escolar, actividades de orientación a la capacitación e inserción laboral.

La mayoría de estas intervenciones que corresponden al ámbito psicosocial, deben ser trabajadas en complemento con el equipo clínico, especialmente en lo que se refiere a la rehabilitación psicopedagógica.

Por lo tanto, se recomienda que ambos equipos, tanto el clínico como el psicosocial puedan complementarse de modo de evitar la sobreintervención. Esto tiene una gran importancia en el ámbito privativo de libertad, pues son intervenciones que le corresponderían a la escuela pero manteniendo la estrecha coordinación con los que realizan la intervención clínica, es decir, con el equipo de salud mental y drogas.

- **Intervenciones recreativas y culturales:** actividades culturales y de ocio. Al igual que las actividades educativas, deben ser realizadas en estrecha vinculación con los equipos dispositivos o tutores del ámbito psicosocial.

Fundamentación:

- Esta actividad va dirigida a conseguir la autonomía del adolescente en la gestión de las salidas y/o en ampliar sus aficiones.
- Estas salidas en espacio ambulatorio, se caracterizan por su variedad en el componente lúdico y/o cultural.

Objetivos:

- Trabajar las habilidades sociales y de comunicación.
- Conocer otras alternativas de ocio saludables.
- Conocer la oferta cultural y de ocio del entorno más cercano.
- Aprender a controlar situaciones de riesgo mediante la ayuda del educador.
- Aprender a gestionar el dinero.
- Aprender a gestionar el tiempo de ocio.
- Aprender a evaluar la satisfacción-no satisfacción en el ámbito del ocio.

- **Actividades deportivas:** Estas actividades pueden realizarse, tanto en el ámbito individual como grupal. Al igual que las anteriores, deben coordinarse con los respectivos equipos psicosociales de intervención, pues la mayor parte de las veces son intervenciones propias de estos ámbitos.

Fundamentación:

- Las actividades deportivas tienen como finalidad el desarrollo de la salud física y mental.
- El deporte es, además, generador de hábitos saludables y buenas prácticas sociales, siendo importante que los niños, niñas y adolescentes lo identifiquen como un factor de protección frente al consumo de sustancias tóxicas.

Objetivos:

- Conocer otras alternativas de ocio y tiempo libre saludables.
- Mantener hábitos de higiene y buena salud física.
- Establecer otro tipo de relaciones en espacios recreativos y saludables.
- Gestionar su propio deporte.
- Disfrutar del deporte y del trabajo en conjunto.

- **Intervenciones de capacitación:** Una gran cantidad de ellas está incluida en el trabajo psicosocial, especialmente si se plantea el contexto privativo de libertad en el plan integral diseñado para cada uno de los adolescentes a través de talleres SENCE, siendo la mayoría de ellas de carácter grupal.

Actividades ocupacionales

Fundamentación:

Las actividades ocupacionales son imprescindibles, especialmente en adolescentes que se presentan la mayoría de las veces muy desestructurados, sin hábitos y con muy poca motivación.

Objetivos:

- En un primer momento las actividades ocupacionales sirven para contener al sujeto, manteniéndolo ocupado e implicado.
- Por otro lado, están orientadas a la preparación para la reinserción sociolaboral.
- Aprender a planificar, organizar y desarrollar su trabajo (tiempo, espacio, herramientas).
- Responsabilizarse de todo el proceso relacionado con el trabajo.
- Aprender a tener un comportamiento adecuado durante el trabajo.
- Valorar sus potencialidades y limitaciones

Actividades:

- Ejercer la contención metodológica.
- Interiorizar las normas básicas de convivencia social a través del trabajo en grupo.
- Trabajar el autoconocimiento, el autocontrol y la autonomía.
- Aprender metodologías, procesos y procedimientos.
- Conocer la dimensión cultural y social de una actividad ocupacional/profesional.
- Generar una concepción estructurada del tiempo y de su uso.
- Adquirir hábitos relacionados con el trabajo y la formación.
- Desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
- Ofrecer alternativas ocupacionales que le puedan orientar hacia un futuro formativo y profesional.
- Reconocer las propias cualidades y potencialidades en el trabajo.

Los talleres ocupacionales

Fundamentación:

- Los talleres ocupacionales equivaldrían a las materias de educación artística y física, y a las actividades extraescolares de la educación formal.
- Se trabajan habilidades personales (psicomotricidad, habilidades y destrezas manuales, cognitivas, conductuales, afectivas, creativas), habilidades de estudio (concentración), valores asociados al trabajo (responsabilidad, tolerancia a la frustración, constancia) y alternativas para el buen uso del ocio.

Objetivos:

- Complementar la formación del sujeto a través de actividades manuales, artísticas; así como fomentar hábitos de trabajo.
- Desarrollo de la creatividad.
- Ofrecer a los chicos y chicas alternativas de ocio y tiempo libre.
- Exploración y desarrollo de las destrezas psicomotrices, a través de actividades manuales, artísticas, etc.
- Fomentar las relaciones interpersonales y el control emocional.

c. Intervenciones grupales

La necesidad para el adolescente de estar en grupo responde a exigencias educativas, sociales y psicológicas individuales. En efecto, los grupos son un medio de intercambio de diferentes informaciones que cada uno puede haber recogido en situaciones familiares personales, actividades de ocio o intereses individuales que él ha tenido la ocasión de transmitir a sus pares. Además, el grupo permite al adolescente sentirse integrado en la sociedad y más particularmente a la clase de edad que caracteriza esta sociedad.

Desde el punto de vista psicológico o intrapsíquico individual, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el ideal del yo, constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser. El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental, sirviendo como refugio del mundo adulto en el que pueden explorarse una gran cantidad de papeles.

La relación individual con el paciente y el diagnóstico (individual y grupal; sincrónico y diacrónico) deben preceder a la psicoterapia grupal. Asimismo, se requiere el conocimiento teórico-práctico de la psicopatología y comorbilidad de la patología a tratar, y la formación, entrenamiento y supervisión previa de los profesionales para el trabajo grupal, en consonancia con el tipo de grupo a realizar.

En este grupo en particular -adolescentes infractores de ley- es necesario plantear que la transgresión a la ley y el consumo de sustancias, pueden tener sentidos y significados en la dimensión grupal, como parte de la construcción de identidad, de la sobrevivencia, en contextos de exclusión y marginalidad social; o en la identidad territorial, es decir, la pertenencia a grupo de pares barriales.

La calle tiene una significación importante en esta construcción de identidad grupal, que se da paulatinamente, la mayoría de las veces, desde el contexto familiar y escolar a la vida de calle, en la búsqueda de identidad y pertenencia depositadas en el grupo de pares.

Intervenciones grupales recomendadas

Psicoterapia grupal

Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y objetivos de tratamiento. Las dimensiones recreativo-deportiva, educativa y vincular deberían estar presentes en estas intervenciones dirigidas a adolescentes.

Fundamentación:

Ofrecer un espacio terapéutico grupal donde se favorezca la interiorización de la autoayuda, la cohesión grupal y el desarrollo de la empatía.

Las terapias grupales se deberían organizar en relación con ciertas temáticas tales como: integración social, habilidades sociales, de comunicación y de expresión de emociones, desarrollo de autoestima y autoeficacia, y prevención de recaídas.

Objetivos:

- Favorecer la cohesión de grupo.
- Desarrollar la empatía.
- Fomentar la autoayuda.
- Adquirir habilidades sociales básicas.
- Utilizar habilidades sociales básicas.
- Adquirir habilidades básicas de comunicación.
- Adquirir habilidades básicas de conversación.
- Aprender a comportarse asertivamente.
- Manejar habilidades de relación heterosocial.
- Aprender habilidades de autoevaluación.
- Identificar situaciones, pensamientos y estados emocionales de riesgo para el consumo.
- Aprender estrategias de afrontamiento emocionales, cognitivas y conductuales.

Conformación de grupos

Grupos homogéneos en cuanto a: edad, intereses, variable criminológica, sexo.

Contenidos del trabajo grupal

- Identidad y competencias.
- Desarrollo de la empatía.
- Resolución no violenta de conflictos.
- Prevención de recaídas.
- Autocuidado físico y mental, incorporación de pautas de promoción de la salud, alimentación, hábitos de sueño, estéticos, higiénicos.
- Relaciones con pares, padres, parejas u otros significativos.

Número de profesionales

Es necesario que este espacio sea coordinado por dos profesionales del equipo.

Variables socioculturales de género

El objetivo es generar procesos grupales con los adolescentes, en los cuales se trabajen las construcciones socioculturales de género, adolescente, madre, padre; a través del relato de vivencias o de actividades diversas. Solamente dando pie a la emergencia del discurso, sin interpretaciones.

Variable motivacional

La relevancia del trabajo grupal radica en el desarrollo de procesos motivacionales, vinculares y de habituación, especialmente indicados en las intervenciones de terapia ocupacional.

La experiencia dice que las técnicas lúdicas, recreativas, culturales y deportivas favorecen la motivación y adherencia.

d. Intervención familiar

Consideraciones generales

- Los conflictos parentofiliales o maritales crónicos y la calidad de las relaciones de la temprana infancia aparecen altamente relacionados con los problemas de consumo abusivo de drogas.
- De toda la información obtenida en cuanto a conformación y funcionamiento de las familias, es interesante destacar que los cuidados y protección de los jóvenes en sus edades tempranas fueron aparentemente ineficaces, constituyéndose patrones de apego inseguros, evitativos o ambivalentes y desorganizados.
- Las familias no han logrado cumplir su rol facilitador de desarrollo; al contrario, han detenido su paso a etapas de mayor funcionamiento. A este respecto, el enfoque familiar nos entrega con mayor profundidad información relacionada con las tareas del desarrollo de las familias cuyos miembros deben estar emocionalmente apegados, antes de poder desarrollar habilidades de comunicación y la resolución conjunta de conflictos.
- Se observan cuadros familiares caracterizados por progenitores que no ejercen cuidados o han abandonado a los hijos de una manera disimulada, es decir, no los han dejado solos pero no ejercen ningún rol

parental activo. Muchos de los padres y madres funcionan como hijos de sus hijos, siendo éstos quienes muchas veces los proveen económicamente.

- Las disfunciones familiares en contextos de exclusión adquieren expresiones más dramáticas, intensas o graves; por ejemplo, se ha observado que en algunos casos las madres realizan actividades de cuidado de hijos de 15 años, como bañarlos o darles de comer, dormir con ellos; por lo tanto, no han logrado pasar etapas y facilitar el desarrollo adolescente. Así también, se puede visualizar la parentalización en contextos de exclusión, donde muchas veces la familia transfiere el rol de proveedor al hijo mayor, aun cuando éste no cuente con los recursos emocionales necesarios. Este hijo delinque y recurre a estrategias de sobrevivencia que vulneran sus derechos y, muchas veces, los derechos de terceros. También se observa que el asumir roles proveedores otorga un gran poder de decisión dentro de las familias.
- La mayoría de los equipos reconoce tener dificultades para incluir a la familia, por una parte porque en esta etapa del desarrollo, ellas y los adolescentes necesitan generar independencia, pero en muchas de las familias atendidas existe un quiebre que les impide conectarse con las necesidades de sus hijos e hijas. Por otro lado, los equipos hacen una "alianza" que suele excluir, y a veces negar la importancia de la familia en un proceso terapéutico; sin embargo, hemos observado un mejor pronóstico cuando la participación de la familia facilita el desarrollo del joven.

Intervenciones familiares recomendadas

■ Psicoterapia familiar y/o de pareja

Fundamentación:

Este tipo de terapia -con evidencia nivel 1 y grado de recomendación A- centra su actuación en el asesoramiento, intervención y tratamiento de familias o parejas que lo necesiten. En las familias con adolescentes usuarios de sustancias no se busca la separación física y se trabaja especialmente en que los padres ejerzan mecanismos de control sobre el hijo, reforzando límites y jerarquías.

Objetivos:

Orientar y ayudar a solucionar las situaciones de conflicto o crisis por las que pasa la pareja y/o la familia.

■ Áreas de actuación:

- Crisis conyugal o de pareja.
- Conflictos asociados a la ruptura de la convivencia.
- Crisis paternofiliales.
- Crisis de la familia extensa.
- Problemas de comunicación.
- Violencia intrafamiliar, maltrato.
- Reparación.

■ Niveles de actuación:

Nivel terapéutico: elaborar nuevas pautas funcionales en la dinámica del sistema familiar y de la pareja.

Nivel educativo: necesidad de una formación sistematizada y planificada de los padres y los hijos para prevenir la aparición de problemas.

Nivel de asesoramiento: potenciar las capacidades básicas del sistema familiar y de pareja para adecuarlas a las necesidades de cada ciclo vital.

■ **Intervención psicosocial con familias:**

- Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades.
- Actividades de rehabilitación social y laboral.
- Entrenamiento en comportamientos de autoayuda.
- Motivación para la participación en grupos de la comunidad.

La dimensión recreativo-deportiva, educativa y vincular deberían estar presentes en estas intervenciones. Dirigido a padres y/o madres, figura vincular significativa, familia nuclear o extendida.

■ **Capacitación en la resolución de conflictos familiares**

Es necesario que en este momento del tratamiento se siga sosteniendo y reforzando la adherencia; también es necesario anticipar y tratar las crisis familiares que puedan obstaculizar el proceso de tratamiento.

■ **Problematización**

En esta fase la familia problematiza el consumo en el contexto de la adolescencia desde sus propias explicaciones, relacionándolas con aquéllas entregadas por el equipo, construyendo en conjunto las explicaciones y soluciones del problema.

■ **Desarrollo de competencias**

Se recomienda fortalecer aquellas competencias de la familia que faciliten el desarrollo del adolescente, además es importante promover el desarrollo de habilidades en resolución de conflictos y otros problemas que la familia ha señalado como relevantes.

■ **Anticipar situaciones de riesgo**

Se facilitan las conversaciones que permitan a la familia autoevaluarse y descubrir las situaciones de riesgo, tanto para el adolescente como para todo el grupo familiar.
Búsqueda activa de redes de bienestar social.

Es importante promover que la familia se movilice y acceda a las redes de servicios de salud, educación, y se vincule a las redes de su comunidad.

■ Tiempo flexible

Las intervenciones no tienen un tiempo de duración preestablecido; se recomienda que tanto la duración de las sesiones como, en general, el logro de los objetivos terapéuticos sea flexible, considerando las características de cada familia.

Espacios grupales de trabajo con la familia

Las intervenciones grupales con familias permiten que se apoyen entre ellas y descubran la existencia de otros grupos familiares que comparten un problema, además de favorecer la adherencia a tratamiento.

Contenido:

- Dinámica familiar.
- Reparación del vínculo.
- Resolución de conflictos.
- Comprensión etapa del desarrollo.
- Estilos de crianza.
- Psicoeducación.

Medio privativo

- Realizar las intervenciones fuera del espacio de visita, espacio terapéutico. Complementariedad con la intervención psicosocial.
- Definir "privilegios" en esta etapa del proceso para la familia (protocolo con gendarmería).

e. Intervenciones comunitarias

Estas intervenciones estarán hechas principalmente por los equipos psicosociales, con quienes los equipos clínicos deberán coordinarse y reforzar aspectos que incidan directamente en la consecución del tratamiento y adherencia a éste.

- Visitas familiares.
- Acompañamiento familiar.
- Desarrollo y vinculación familiar.
- Capacitación en la resolución de conflictos familiares.

Objetivos:

- Conocer a la familia.
- Pautas relacionales entre los miembros del sistema familiar.
- Posicionamiento respecto de las drogas.
- Posicionamiento respecto de los actos transgresores.
- Intercambiar información sobre la situación, comportamiento y estado general de su hijo/a, así como el origen de sus problemas.
- Conocer las expectativas de la familia respecto del futuro de su hijo/a.
- Implicar y responsabilizar a la familia en su proceso.
- Observar y analizar el tipo de relación que se establece entre familiares- usuario durante la visita o el encuentro con el equipo.
- Analizar la reacción del adolescente antes de la visita y las consecuencias de la misma.
- Evaluar conjuntamente con la familia el encuentro.

Visita de salud mental domiciliaria: realizada por el equipo psicosocial, en que idealmente se sugeriría su realización, en compañía de un miembro del equipo clínico.

Las actividades a realizar que se sugieren: evaluación y diagnóstico social y familiar, psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente y/o familia.

Dirigido a: familiares, cuidadores, figura vincular significativa.

6.4.3. Etapa de resolución e integración social

Definición

En esta última etapa se trabaja con el adolescente la "preparación para la salida del tratamiento", por lo tanto, es necesario realizar:

- Una re-valoración de los logros terapéuticos y psicosociales alcanzados.
- Avanzar en los aspectos socio ocupacionales que le permitirán al adolescente integrarse a una vida "normalizada" que le proporcione las oportunidades necesarias para su pleno desarrollo.

Esta última etapa del programa de tratamiento y rehabilitación en drogas es considerada como el primer paso de la transición hacia la integración social de un adolescente que ha presentado un problema de consumo.

Se trata de un tránsito desde una situación "protegida" y sujeta a una serie de normas y compromisos, a otra cuyo propósito final es lograr la autonomía y la funcionalidad del sujeto, en sus distintos ámbitos de desempeño, para lo cual es necesario entrenar y facilitar el desarrollo de destrezas sociales que faciliten la integración con posterioridad al alta terapéutica.

Duración

3 meses

Aspectos conceptuales de la integración social

El término de **exclusión social**⁶² es reciente y es utilizado con la idea de ampliar el marco de análisis tradicional que se basa en el concepto de pobreza que era considerada mentalmente como carencia o insuficiencia de recursos. Cuando hablamos de exclusión consideramos que el problema no es sólo material, sino de múltiple privación, resultado de una falta de oportunidades personales, sociales, políticas y económicas".

De este modo, se encuentran múltiples definiciones de exclusión social en el sentido de procesos que restringen o niegan la participación de las personas en la sociedad. El consejo económico y social articula una de las definiciones más completas: "El concepto de **exclusión social** engloba las causas y efectos de la pobreza y permite, además, designar los procesos, situaciones y mecanismos en función de los cuales una parte de la población, personas, grupos o territorios, quedan al margen de la participación en la vida social y económica".

El término integración "es un proceso con diferentes niveles de intensidad y sólo se puede hablar de ella cuando se cumplen los requisitos de participación plena en la vida social, económica y política en la sociedad en la que el usuario y su familia viven.

62 Programa de Integración Socio Ocupacional de personas drogodependientes. CONACE: "Abriendo Puertas".

- Es un concepto interactivo que implica cambios mutuos por parte de ambos, el adolescente y la sociedad; el primero modifica aspectos pero también lo hace su entorno, que trata de acomodarse a sus necesidades específicas, a su idiosincrasia y que tiene en cuenta las variables estructurales, y por lo tanto sociales, que están en el origen y en el momento presente de la situación de exclusión que éste sufre. Por lo tanto, no se centra únicamente en la modificación de aspectos de la persona, sino que reconoce como imprescindible la necesidad de realizar modificaciones en el entorno;
- Lo primero a considerar para diseñar iniciativas o propuestas que fomenten la integración social de los adolescentes infractores con consumo problemático de drogas, es definir la exclusión social en la que se encuentran.
- Un aspecto a considerar es la dependencia a una o varias sustancias durante un largo período de tiempo y puede ser vista como una causa o consecuencia de la exclusión social en la que se encuentran adolescentes del programa. Esto produce una gran pérdida de sus capacidades y detiene su proceso de desarrollo, facilitando la manifestación de conductas transgresoras o contraculturales que dificultan su integración socio ocupacional.
- Por otra parte, el que un adolescente se encuentre inserto en el sistema judicial, especialmente en el medio privado de libertad, indica que han fallado múltiples factores de protección a nivel individual, familiar y contexto sociocultural. Por lo tanto, se rescata desde la práctica lo siguiente:
- Es necesario abordar estos factores desde el inicio del programa de tratamiento hasta el período de seguimiento posegresivo o alta terapéutica, con el fin de habilitar y fortalecer -de acuerdo a la realidad de cada adolescente- sus capacidades y las de su entorno social y familiar, lo que permitirá hacer posible el proceso de inserción social.
 - Las acciones que se lleven a cabo deben estar destinadas fundamentalmente a reforzar las capacidades que el adolescente ya posee y no sus carencias, aunque no se debe desestimar el trabajo dirigido a modificar determinadas debilidades y dificultades que éste presente, dando vida al principio de maximizar los éxitos y disminuir los fracasos.
 - La intervención destinada a la integración socio ocupacional debe estar diferenciada de la psicoterapéutica, pero en estrecha complementariedad, con el fin de no superponer actuaciones y delimitar de forma clara las funciones que debe realizar cada profesional del equipo. El programa se regirá entonces, por el principio de complementariedad y trabajo inter- y multidisciplinario, si bien en cada etapa del tratamiento se deben incluir actividades de integración de acuerdo al perfil de cada adolescente.
 - Es importante recordar que la tarea de la integración social de estos adolescentes es una responsabilidad compartida por diversos actores y equipos de la redes de adolescencia y del Estado. Uno de ellos es el equipo psicosocial de SENAMÉ, que trabaja con el Modelo Socioeducativo de Intervención⁶³ basado en cuatro ejes: habilitación, reparación del adolescente, proceso para la integración social. Por lo tanto, mientras dura la sanción principal del adolescente, serán los encargados de intervenir en esta materia en coordinación con el equipo clínico de drogas.

El que estén privados de libertad, tiene especial incidencia en la reinserción social de los y las jóvenes, debido a que para adaptarse a las condiciones intramuros, en muchas oportunidades desarrollan un conjunto de estrategias cercanas a lo que, entre los adultos privados de libertad, se identifica con una "subcultura carcelaria", que incluye aprendizajes y comportamientos que a la hora de egresar del centro no son compatibles con la vida social y todas sus implicancias normativas⁶⁴.

Contenidos fundamentales a trabajar

- Diseñar un itinerario de integración individualizado.
- Trabajar el despegue progresivo del tratamiento o del espacio institucional.
- Sostener y ampliar la red de apoyo social.
- Evaluar la necesidad de recibir otro tipo de ayuda individual o familiar.
- Prevenir posibles recaídas.
- Preparar al usuario para el egreso de la modalidad de tratamiento y rehabilitación de drogas, y coordinar su traslado a una modalidad de seguimiento.
- Preparar al usuario para el egreso definitivo del PITI y coordinar su ingreso a intervención psicosocial exclusiva, o bien, a la vida "normalizada".

Ámbitos de intervención

Es relevante evaluar todas las áreas relacionadas con la integración social, no sólo desde el déficit, sino también desde las capacidades, lo que permitirá trabajar las potencialidades del adolescente y su familia durante esta etapa.

Es muy importante identificar todas las posibles redes individuales y comunitarias del adolescente y su familia, para su desarrollo durante todo el tratamiento. Esto principalmente en el contexto privativo de libertad, de manera de reducir el impacto del aislamiento social (prisionización) producto de esta medida judicial, y favorecer el proceso de integración.

a) Intervenciones educativas

- Intervenciones psicopedagógicas.
- Nivelación y apresto escolar (clases).
- Reinserción escolar (en la comunidad).
- Refuerzo escolar.
- Actividades de orientación a la capacitación e inserción laboral.

⁶⁴ Orientaciones Técnicas para Programa de Apoyo a la Reinserción Social de Adolescentes Ingresados a Secciones de Menores. Santiago, 2003. Departamento Derechos y Responsabilidad Juvenil, SENAME.

Estas intervenciones, que corresponden al ámbito psicosocial -la mayoría de ellas-, deben ser trabajadas en complemento con el equipo psicosocial de SENAME, especialmente en lo que se refiere a la rehabilitación psicopedagógica.

Por lo tanto se recomienda que ambos equipos, tanto el clínico como el psicosocial puedan complementarse, de modo de evitar la sobreintervención. Esto tiene una gran importancia en el ámbito privativo de libertad, pues son intervenciones que le corresponderían a la escuela, pero manteniendo la estrecha coordinación con los que realizan la intervención clínica, es decir, el equipo de salud mental y drogas.

b) Intervenciones recreativas y culturales: actividades culturales y de ocio

Al igual que las actividades educativas, éstas deben ser realizadas en estrecha vinculación con los equipos dispositivos o tutores del ámbito psicosocial o socioeducativo de SENAME y en espacios comunitarios.

Fundamentación:

Esta actividad va dirigida a conseguir la autonomía del chico o chica en la gestión de las salidas y/o en ampliar sus aficiones. Estas salidas, en espacio ambulatorio, se caracterizan por su variedad en el componente lúdico y/o cultural.

Objetivos:

- Trabajar las habilidades sociales y de comunicación.
- Conocer otras alternativas de ocio saludables.
- Conocer la oferta cultural y de ocio del entorno más cercano.
- Aprender a controlar situaciones de riesgo en la comunidad mediante la ayuda del educador.
- Aprender a gestionar el dinero.
- Aprender a gestionar el tiempo de ocio en su hogar y comunidad.
- Aprender a evaluar la satisfacción-no satisfacción en el ámbito del ocio.

Actividades deportivas: Estas actividades pueden realizarse tanto en forma individual como grupal. Al igual que las anteriores deben coordinarse con los respectivos equipos psicosociales de intervención, pues la mayor parte de las veces, son intervenciones propias de estos ámbitos.

Fundamentación:

- Las actividades deportivas tienen como finalidad el desarrollo de la salud física y mental del adolescente.
- El deporte es, además, generador de hábitos saludables y buenas prácticas sociales, siendo importante que los niños, niñas y adolescentes lo identifiquen como un factor de protección frente al consumo de sustancias tóxicas.

Objetivos:

- Conocer otras alternativas de ocio y tiempo libre saludables en la comunidad.
- Mantener hábitos de higiene y buena salud física.
- Establecer otro tipo de relaciones en espacios recreativos y saludables fuera del centro de tratamiento.
- Gestionar su propio deporte.
- Disfrutar del deporte y del trabajo en conjunto.

i c) Intervenciones de capacitación:

Una gran cantidad de ellas está incluida en el trabajo psicosocial, especialmente si se plantea el contexto privativo de libertad en el plan integral diseñado para cada uno de los adolescentes a través de talleres SENCE, siendo la mayoría de ellas de carácter grupal.

Actividades ocupacionales

Fundamentación:

Las actividades ocupacionales son imprescindibles, especialmente en adolescentes que se presentan la mayoría de las veces muy desestructurados, sin hábitos y con muy poca motivación. Estas actividades deben ser realizadas en los espacios comunitarios habituales y con otros adolescentes con o sin problemas de drogas y con o sin problemas judiciales.

Objetivos:

- En un primer momento las actividades ocupacionales sirven para contener al sujeto, manteniéndolo ocupado e implicado.
- Por otro lado, están orientadas a la preparación para la reinserción sociolaboral.

Los puntos centrales a obtener en estas actividades son:

- Aprender a planificar, organizar y desarrollar su trabajo (tiempo, espacio, herramientas).
- Responsabilizarse de todo el proceso relacionado con el trabajo.
- Aprender a tener un comportamiento adecuado durante el trabajo.
- Valorar sus potencialidades y limitaciones.

Actividades:

- Interiorizar las normas básicas de convivencia social a través del trabajo en grupo.
- Trabajar el autoconocimiento, el autocontrol y la autonomía.
- Aprender metodologías, procesos y procedimientos.
- Conocer la dimensión cultural y social de una actividad ocupacional/profesional.

- Generar una concepción estructurada del tiempo y de su uso.
- Adquirir hábitos relacionados con el trabajo y la formación.
- Desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
- Ofrecer alternativas ocupacionales que le puedan orientar hacia un futuro formativo y profesional.
- Reconocer las propias cualidades y potencialidades en el trabajo.

Los talleres ocupacionales

Fundamentación:

- Los talleres ocupacionales equivaldrían a las materias de educación artística y física, y a las actividades extraescolares de la educación formal.
- Se trabajan habilidades personales (psicomotricidad, habilidades y destrezas manuales, cognitivas, conductuales, afectivas, creativas), habilidades de estudio (concentración), valores asociados al trabajo (responsabilidad, tolerancia a la frustración, constancia) y alternativas para el buen uso del ocio.

Objetivos:

- Complementar la formación del sujeto a través de actividades manuales, artísticas; así como fomentar hábitos de trabajo.
- Desarrollo de la creatividad.
- Ofrecer a los chicos y chicas alternativas de ocio y tiempo libre.
- Exploración y desarrollo de las destrezas psicomotrices, a través de actividades manuales, artísticas, etc.
- Fomentar las relaciones interpersonales y el control emocional.

Plan de egreso

Finalizada la etapa de resolución e integración social, y una vez cumplidos los objetivos terapéuticos, se debe dar inicio al plan de egreso.

Los objetivos para este proceso son:

1. Trabajar progresivamente la autonomía e independencia del tratamiento y del programa de asistencia clínica.
2. Trabajar la prevención de recaídas.
3. Evaluar la necesidad de recibir otro tipo de ayuda individual o familiar.
4. Coordinar con el equipo psicosocial el acompañamiento como parte del proceso de intervención e integración social y educacional.

5. Proyectar en la realidad cotidiana el proyecto de vida formulado con anterioridad y trabajado durante todo el proceso de intervención.

Con lo anterior, se espera preparar al adolescente para:

1. La reinserción social, que puede implicar su continuación en algún programa psicosocial de SENAME⁶⁵.
2. La derivación a otro espacio terapéutico, como equipo de salud mental y drogas ambulatorio de la red de salud.
3. El término definitivo de la intervención terapéutica.

Su elaboración se realiza con el adolescente, la familia o el adulto prosocial y el equipo del SENAME, y considerando el lugar final de residencia del adolescente al egreso.

En esta fase, al igual que en el paso de cada etapa a la siguiente, es importante evaluar los indicadores de tratamiento, de manera de observar el nivel de logro en cada uno y los aspectos de ellos que aún deben ser trabajados por el adolescente, en lo que puede requerir apoyo de otra instancia (educación, salud, trabajo, etc.). Los indicadores a evaluar son:

1. Patrón de consumo.
2. Relaciones familiares.
3. Relaciones con pares.
4. Redes de apoyo.
5. Salud física y mental.
6. Condiciones para la integración social.
7. Conflictos con la justicia.

Esta etapa se desarrolla a través del trabajo con el adolescente en las dificultades que puedan surgir (miedos, búsqueda de amistades, conocimiento de recursos, etc.) al egresar del programa de tratamiento, de manera de potenciar y fortalecer la autonomía e independencia del usuario, tanto respecto al equipo de clínico como en las demás áreas de su vida.

Asimismo, es muy relevante la coordinación con el equipo SENAME si continúa la intervención, debido a que se mantiene la sanción principal o con otro equipo si ocurre una derivación, de manera que éste sea quien realice el seguimiento, facilitando la mantención de los logros terapéuticos y contribuyendo a la prevención de recaídas.

⁶⁵ En medio privativo de libertad, la reinserción tiene peculiaridades asociadas al acceso a educación, trabajo o formación para la ocupación a futuro, las que deben ser resueltas dentro de este contexto.

6.4.4. Etapa de seguimiento

Luego del egreso del plan de tratamiento, al igual que en cualquier programa de salud mental, se debe establecer consensuadamente con el adolescente, su familia y equipo psicosocial un plan de seguimiento, es decir, controles y contactos planificados posteriores al alta.

Este plan de tratamiento debe incluir las siguientes intervenciones:

1. Consultas de salud mental individuales y/o familiares.
2. Intervenciones psicosociales grupales.
3. Visitas de salud mental (domiciliarias, escolares y/o laborales).
4. Consultas psicológicas.

Es muy relevante que el adolescente y la familia sientan que en esta etapa pueden recurrir, frente a una recaída, al equipo de salud mental y drogas más cercano a su domicilio.

Es importante considerar que si el adolescente presenta otro trastorno de salud mental, debe continuar en tratamiento o bajo control. Si el joven se encuentra cumpliendo sanción en medio privativo de libertad, será el mismo equipo intensivo quien realice este trabajo. Si la sanción se está cumpliendo en medio libre o ya ha terminado, el adolescente debe ser derivado a un equipo de salud mental de la red de salud para que se realice esta actividad.

Se recomienda que este plan dure, a lo menos, un año luego del egreso del plan terapéutico.

6.5. Tratamiento farmacológico⁶⁶:

La prescripción de fármacos y el ajuste de dosis según esquemas utilizados es de exclusiva atribución y responsabilidad del médico tratante, la enfermera/o, el psicólogo/a, terapeuta ocupacional. Estos profesionales tienen además la responsabilidad de:

- Vigilar su correcta administración por parte del propio adolescente o su familia o el técnico paramédico si correspondiese.
- Reforzar información entregada por el médico tratante al adolescente, a la familia o adulto responsable.
- Conocer los efectos colaterales esperables y los adversos que pudiese presentar el tratamiento farmacológico, identificarlos y manejar con ellos /ellas la información al respecto.
- Informar al médico y al resto del equipo sobre la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Por lo que se debe conocer la farmacoterapia prescrita en el tratamiento y sus efectos esperables en el adolescente.

66 Texto redactado por Dr. A. Maturana y Dra. M. Trueba, para uso médico.

El tratamiento farmacológico puede acompañar en las tres etapas del tratamiento frente a presencia de síntomas no necesariamente constitutivos de cuadros psicopatológicos:

- ☐ Frente a síntomas producidos por el consumo o su privación, y por procesos de adaptación y
- ☐ la comorbilidad.
- En la actualidad se diagnostican con mayor frecuencia trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes. Cuando estos trastornos se asocian, tienen su origen (en parte) o bien, son una consecuencia del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes, el diagnóstico es aún más complejo.
- Los psicofármacos representan una de las alternativas de complemento para el abordaje integral de los trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia, en el contexto de un consumo problemático, o bien, comorbilidad.
- Otras medidas complementarias son la terapia ocupacional, la terapia de familia, la psicoterapia individual cognoscitiva o conductual y las intervenciones en grupo, como ya lo hemos referido ampliamente.
- Bukstein, 2004; Mack and Frances, 2003; Winters, 1999, plantean que el abordaje de las dependencias en adolescentes debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados.
- Por lo tanto, la intervención farmacológica precisa de una **evaluación cuidadosa y minuciosa del estado físico y mental** del adolescente. Se deben identificar los síntomas, las conductas o los comportamientos que representan problema para el niño, niña o adolescente o para los padres.
- Por lo general, se comienza con el medicamento de primera elección, **iniciando siempre con dosis bajas**. Sin embargo, para la elección del fármaco a administrar se precisa tener presente la comorbilidad, muy frecuente en este grupo diana. Siempre es prudente informar al adolescente los beneficios, los efectos secundarios más comunes y la frecuencia de los mismos, y la disponibilidad y efectividad de otras alternativas terapéuticas para los síntomas-problema. Igualmente, esta información se comparte con los padres y se deben aclarar todas las dudas, las inquietudes y los mitos más comunes sobre la medicación en estas edades, haciendo un balance del riesgo-beneficio.

Objetivos claros con el sujeto y su familia.	Plantear objetivos realistas. Se puede esperar una remisión o una recuperación total, pero también se debe reconocer que no todos los sujetos responden a los medicamentos. Se deben trabajar los riesgos y los beneficios de los medicamentos.
Buscar dosis óptima, idealmente en mono-terapia.	El uso de un solo medicamento permite prevenir efectos indeseados. Titular paulatinamente buscando el efecto terapéutico. Muchas veces se requiere aumentar o disminuir la dosis en el tiempo. Reevaluar.
Identificación y minimización de los efectos colaterales.	Importante hacer seguimiento de los efectos no deseados. Es útil usar algunas escalas de evaluación de efectos colaterales. Importante en la continuidad del tratamiento.
Reevaluación de redivivas o recaídas.	Una vez tratado el episodio agudo, monitorizar aparición de algunos signos o síntomas de recaídas. Los controles frecuentes previenen situaciones críticas.
Tratamiento breve v/s de mantención.	Depende de situación clínica. De corto tiempo será el tratamiento de insomnio temporal. En primer episodio de depresión, el tratamiento será de un año. En trastorno bipolar y esquizofrenia, el tratamiento comúnmente es indefinido, a modo de prevenir recurrencia de síntomas. Si un joven no tiene síntomas por varios meses, es el momento de bajar paulatinamente la dosis o bien valorar discontinuación en forma monitorizada.
El mejor uso de un medicamento es en el contexto de un programa de tratamiento amplio.	El medicamento no debe ni puede ser "el tratamiento". En muchas oportunidades el medicamento estabiliza y clarifica la posibilidad para que los jóvenes enganchen en otros tratamientos. Se deben tratar las enfermedades mentales de los adolescentes con consumo perjudicial/dependencia del mismo modo como se tratan los pacientes sin abuso de sustancias (BP). (Bukstein, 2004; Kaye, 2004; Mack and Frances, 2003). Los adolescentes con patología dual deben recibir tratamientos integrados (un mismo equipo se hace cargo del tratamiento de las dos patologías).

Tipos de medicamentos

Estimulantes

- En este grupo se encuentran:
 - El metilfenidato,
 - la dextroanfetamina y
 - la pemolina (disponible en Chile, pero se ha disminuido mucho su uso por los graves efectos hepáticos que puede llegar a producir).
- Los estimulantes son los medicamentos de primera elección en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El metilfenidato tiene un rango terapéutico estrecho y es imposi-

ble predecir la respuesta clínica a partir de factores como la edad del niño o niña, la masa corporal, el nivel de hiperactividad o desatención, o los niveles plasmáticos de metilfenidato.

- De manera habitual, la dosis efectiva se encuentra entre 0.6 y 1.2 mg/kg/día. Es preciso iniciar con dosis bajas y hacer los ajustes dependiendo de la respuesta clínica y la tolerancia.
- Los efectos adversos guardan relación directa con la dosis administrada. Los efectos secundarios más comunes son:
 - Disminución del apetito,
 - pérdida de peso,
 - dificultad para conciliar el sueño,
 - dolor abdominal,
 - cefalea,
 - irritabilidad,
 - llanto fácil o estado de ánimo francamente depresivo,
 - somnolencia e intranquilidad.
- Los estimulantes poseen efectos cardiovasculares con un discreto aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial que, por lo general, no representan un riesgo importante.
- De la misma forma, los estimulantes pueden inducir tics motores o vocales, los cuales tienden a desaparecer con la reducción de la dosis o con el retiro del medicamento, por lo que no se aconseja administrar estimulantes en niños, niñas y adolescentes con trastornos por tics. Diversos datos sugieren que el uso de estimulantes en portadores de Trastorno Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), reduce en forma significativa el riesgo de abuso de sustancia.

Antidepresivos

- Los antidepresivos son un grupo disímil de fármacos de uso frecuente en un número importante de trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia.
- Estas sustancias, inicialmente producen inhibición de la recaptación de dopamina, noradrenalina o serotonina.
- Los **antidepresivos tricíclicos** han sido los más utilizados. Por lo general, su administración se asocia con efectos anticolinérgicos y antihistamínicos molestos como visión borrosa, boca seca, constipación, sedación y aumento de peso. Antes de iniciar un antidepresivo tricíclico se debe solicitar un electrocardiograma basal y algunos durante el seguimiento, puesto que se han informado casos de muerte súbita, en particular con desipramina. Además, el manejo de los antidepresivos tricíclicos debe ser cuidadoso, por la posibilidad de intoxicación con o sin intención.

- Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) como grupo, muestra un menor número de efectos indeseables comparados con los tricíclicos. Estos medicamentos pueden producir molestias gástricas, diarrea, cefalea, intranquilidad, mareos y escalofríos.
- De los antidepresivos con acciones dopaminérgicas, bupropión se emplea cada vez más en esta población. Por sus acciones dopaminérgicas puede agravar o precipitar la aparición de tics en niños y niñas susceptibles, y se ha observado que puede inducir erupciones cutáneas en un 15% de los tratados. Además, bupropión está contraindicado en adolescentes con historia de trastornos de la conducta alimentaria y cuando existe historia de síndrome convulsivo.
- Los antidepresivos están indicados para el manejo de los trastornos depresivos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- Los antidepresivos tricíclicos, particularmente la imipramina, han mostrado eficacia en el manejo de niños, niñas y adolescentes con enuresis y trastornos de sueño; de manera específica, parasomnias como pesadillas y terrores nocturnos.
- Es importante tener presente que durante los últimos años se ha cuestionado la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de los trastornos depresivos en niños, niñas y adolescentes. A pesar de la poca evidencia a favor, los tricíclicos se siguen considerando una alternativa farmacológica de segunda línea en trastorno depresivo mayor.
- Estudios mejor diseñados muestran una mayor respuesta con fluoxetina y apoyan su uso como el medicamento de primera línea en el manejo de la depresión en esta población.

Estabilizadores del estado de ánimo

- Estos medicamentos están indicados de manera principal en el manejo farmacológico profiláctico del trastorno bipolar en adolescentes. El carbonato de litio y algunos anticonvulsivantes son los medicamentos empleados con este propósito.
- El carbonato de litio es medicamento de elección en la profilaxis del trastorno bipolar. Se administra en dosis que oscilan entre 10 y 30 mg/kg/día. Se necesita monitoreo clínico y sérico de los niveles de litio en la sangre debido a su margen terapéutico estrecho y los riesgos de toxicidad. Con niveles séricos entre 0.6 y 1.2 meq/l se consigue una buena respuesta clínica con buena tolerancia. Los efectos indeseables más comunes son la sedación, poliuria y temblores. En adolescentes puede precipitar brotes de acné.
- Los anticonvulsivantes más utilizados en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes son carbamazepina (5-20 mg/kg/día) y ácido valproico (15-60 mg/kg/día). De uso más reciente están gabapentina (5-20 mg/kg/día) y lamotrigina (5-10 mg/kg/día).

Los efectos secundarios más frecuentes asociados con la administración de anticonvulsivantes son:

- La sedación,
- náuseas,
- vómitos e intolerancia gástrica.

- Es menos frecuente observar leucopenia, hepatitis o dermatitis exfoliativa; no obstante, se necesita control hematológico y pruebas hepáticas. Además de la indicación en trastornos bipolares, los estabilizadores del ánimo están igualmente indicados en trastorno esquizoafectivo y pueden ser alternativas en casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que no responden o con baja tolerancia a metilfenidato. De la misma forma, han mostrado alguna utilidad clínica en manejo de trastornos de conducta para el control de síntomas como impulsividad o agresividad.

Ansiofíticos

- Los ansiolíticos más rápidos en su acción son las benzodiazepinas. Su mecanismo de acción se centra en que potencian el efecto del neurotransmisor inhibitorio más importante, el ácido gamma-amino-butírico o GABA.
- Las benzodiazepinas más seguras y utilizadas en niños son alprazolam (0.01-0.1 mg/kg/día), clonazepam (0.01- 0.05 mg/kg/día), diazepam (0.1-0.5 mg/kg/día) y lorazepam (0.01-0.1 mg/kg/día).
- Los efectos secundarios más comunes y limitantes de su uso son:
 - La sedación,
 - deterioro en el funcionamiento cognoscitivo y,
 - de forma ocasional, desinhibición o excitación motora.
- Es importante tener presente que los efectos ansiolíticos rápidos pueden significar **un riesgo de abuso y dependencia para pacientes adolescentes**. Las benzodiazepinas están indicadas para el manejo a corto plazo de trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, disomnias y parasomnias.
- Asimismo, la buspirona, una sustancia con acciones selectivas en el bloqueo de receptores de serotonina 1A (5-HT_{1A}), ha mostrado utilidad en el manejo de síntomas de ansiedad. Se administra en dosis que oscilan entre 0.2 y 0.5 mg/kg/día, con efectos secundarios mínimos y usualmente de corta duración como náuseas, somnolencia e intranquilidad. De la misma forma, esta sustancia puede ser útil para potenciar el efecto de algunos antidepresivos en casos severos de depresión.
- Está indicado el uso de benzodiazepinas para el tratamiento del síndrome de dependencia a alcohol en adolescentes⁶⁷.

67 (Deas and Thomas, 2001)(Mayo and Smith, 1997; O'Brien, 2005; Vocci et al., 2005).

Antipsicóticos

- Los antipsicóticos son un conjunto de medicamentos que basan su acción principal sobre el bloqueo de receptores de dopamina. Aunque estas sustancias metabolizan con mayor velocidad en la población infantil, se precisan dosis menores para alcanzar el efecto terapéutico. Además, los adolescentes presentan una especial susceptibilidad a los efectos secundarios mediada por una mayor densidad y sensibilidad de los receptores dopaminérgicos.
- Los antipsicóticos se pueden dividir en dos grandes grupos: los de primera generación o clásicos como haloperidol y tioridazina, que son los más usados en población infantil y adolescentes; y los de segunda generación o atípicos, formados por medicamentos de más reciente introducción con un perfil positivo de respuesta clínica y menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales y de cambios en los niveles de prolactina.
- Los antipsicóticos, habitualmente se inician con dosis bajas y se aumentan en forma paulatina, dependiendo de la respuesta clínica y la tolerancia al fármaco.
Los efectos secundarios indeseables más frecuente son:
 - Sedación,
 - deterioro cognoscitivo,
 - aumento de peso,
 - acné y
 - movimientos extrapiramidales, dependiendo del fármaco específico.
- Los antipsicóticos están indicados para el manejo de trastornos por tics, incluyendo trastorno de Tourette, trastorno autista, esquizofrenia de inicio en la infancia o la adolescencia y en algunos casos muy específicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de conducta, considerando siempre el riesgo de discinesia tardía.
- La tioridazina, en particular, se ha dejado de usar por consenso en la práctica de la psiquiatría infantojuvenil, por el riesgo cardiovascular reportado.
- Otro medicamento que tiene algunas indicaciones en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes es el propranolol. La dosis administrada puede oscilar entre 10 y 300 mg/día (2-16 mg/kg/día).

Los efectos secundarios más frecuentes y desagradables son:

- Cefalea,
 - mareo y
 - síncope, debido a la reducción de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- De la misma forma, el propranolol tanto en adultos como en niños, niñas y adolescentes puede inducir episodios depresivos mayores. El propranolol puede ser útil en el manejo de síntomas de anticipación y autonómicos de ansiedad. Asimismo, ha mostrado eficacia el control de la irritabilidad y la agresividad, en particular en niños y niñas con trastornos generalizados del desarrollo o retraso mental.

7. Equipo y autocuidado⁶⁸

Si bien el tema del equipo y el autocuidado es importante para todos los equipos en el área de la salud, se hace imprescindible de abordar en profundidad en aquéllos que atienden a una población con alto daño y vulnerabilidad psicosocial, adolescentes que han estado expuestos a situaciones de violencia, abuso, maltrato. Por esto es necesario, en primer lugar, que se reconozcan como "equipos en riesgo", tanto personal, como equipo e institucionalmente. Esto significa tomar precauciones e identificar factores protectores para el equipo en forma temprana y oportuna.

Se pueden encontrar diversas definiciones de la concepción del **trabajo en equipo**. Sin embargo, en un contexto de calidad se define como un "método de trabajo colectivo, donde sus integrantes intercambian sus experiencias, conocen y respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta". Considerando como integrantes a: administrativos, técnicos y profesionales.

En este sentido, es necesario reconocer algunos elementos de este trabajo:

- Colectivo: implica la agrupación de personas que tienen la virtud de recoger o reunir.
- Comunicación e intercambio de experiencias, conocimientos, habilidades y destrezas. Y que entonces, conlleva crecimiento personal y grupal.
- Conocimiento y respeto por el rol y las funciones de cada miembro. Se entiende por función "la acción o ejercicio de un empleo, facultad u oficio".
- Se da por entendido que cada persona que se integra a un equipo conoce previamente sus funciones, actúa en concordancia y es evaluada en virtud del grado de cumplimiento de las mismas.
- Cada miembro del equipo posee una visión clara de sus propias funciones y reconoce los intereses comunes.
- El equipo trabaja poniendo a disposición sus respectivos conocimientos, habilidades y recursos, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los logros y de las dificultades.
- El interés, motivación y compromiso de cada miembro por la tarea propia y colectiva.
- El interés del equipo sobrepasa los intereses particulares.
- La efectividad del equipo está en relación con su capacidad y su habilidad de autogestión.
- La existencia de un plan o programa de trabajo programado, ejecutado y evaluado en conjunto. Este es el punto central, de lo contrario no es realmente equipo.
- Existen objetivos claros y metas comunes.

⁶⁸ Gnecco, Gilda. Módulo de Calidad Diplomado Gestión de Calidad, Universidad de Chile. 2005.

Existe un conjunto de factores necesarios de considerar en la conformación de equipos de trabajo y se reconocen como facilitadores de éste:

- La existencia clara de una **visión, misión, propósitos, objetivos y metas comunes y definición de funciones**, aumenta la cohesión del grupo. Le permite a cada integrante del equipo identificarse con la organización, "ponerse la camiseta".
- La existencia de una organización interna que permite:
 - La discusión y el hacer inter- y transdisciplinario.
 - La participación real de todos.
 - La existencia de un clima laboral libre de tensiones, sin temor.
 - La formación y capacitación que se entregue respecto del tema.
- La posibilidad de hacer un diagnóstico de la situación del equipo, su etapa de desarrollo, su grado de madurez.
- La presencia de personas con alto nivel de experiencia, conocimientos, relaciones interpersonales asertivas y adecuadas.
- La presencia de un líder que cumpla con todos los requisitos para un liderazgo efectivo; que sea no sólo un líder **formal**, sino que además un líder **profesional**.
- El que se disponga de tiempo suficiente para trabajar como equipo; ello significa:
 - Tiempo para programar, para evaluar, para analizar temas atinentes, estudiar colectivamente.
 - Que todos, o la mayor parte de sus miembros, sienta que sus objetivos individuales son coherentes con los del equipo.
 - Que se manejen adecuadamente al interior del equipo las comunicaciones, la asertividad, la transparencia, la confianza, la lealtad, las emociones.
 - Que el equipo esté completo, es decir, estén todos los integrantes.

La no presencia de estas características atenta con la adecuada dinámica de un equipo y, por ende, del trabajo que éste realiza, y que pueden llevar al:

- Desinterés por las metas.
- Insuficiente unidad laboral.
- Temor, desconfianza, escasa credibilidad en el sistema y en la organización.
- Lucha de poder interna.
- Aumento importante de las quejas, reclamos de los usuarios.

Si duda, un trabajo en equipo tiene ventajas objetivamente medibles, a saber algunas de ellas:

- Se complementan las capacidades individuales y se tiene mayor capacidad de realización.
- Permite, facilita y otorga oportunidad de aprendizaje a cada miembro.
- Facilita el proceso de comunicación interna, de traspaso de la información; de difusión de logros, resultados e impactos.
- Facilita el proceso de toma de decisiones de manera democrática, horizontal, participativa. Las decisiones del grupo son siempre superiores a las individuales.
- Facilita el proceso de definición e identificación de problemas y la búsqueda de soluciones, especialmente creativas e innovadoras, que rompen la rutina de la organización.
- Facilita la elaboración de planes y programas consensuados, y con ello su evaluación y monitoreo permanentes.
- Facilita el desarrollo y permanencia de un clima laboral adecuado, sano, no estresante.
- Favorece una mayor identidad de los funcionarios con su tarea y con la institución. Las personas se sienten orgullosas de ser parte del equipo.
- Permite que la información al interior del grupo sea manejada de manera adecuada, es decir, sea clara, precisa, oportuna, veraz y llegue a todos sus miembros; no sea privilegio de unos pocos ni sea manipulada.
- Facilita el desarrollo de un sistema de incentivos conocido y aceptado por todo el equipo.

Los integrantes del equipo en su proceso de maduración aprenden a :

- Aceptar la crítica y modificar sus puntos de vista.
- Hacerse autocrítica.
- Respetar la opinión ajena.
- Escuchar al otro.
- Vencer sus propios temores o debilidades.
- Respetar las diferencias individuales.
- Hacer propuestas creativas e innovadoras sin temor al rechazo; se atreven a "soñar".

Desde el punto de vista de las dimensiones de la calidad, un equipo que trabaja bien logra potenciar las siguientes dimensiones:

- Efectividad.
- Eficacia.
- Eficiencia.
- Seguridad.

- Competencia profesional.
- Continuidad.

Rubin, 1975; encontró que la mejor manera de plantearse los procesos del equipo en un orden determinado era preguntándose:

¿Para qué estamos aquí?	→	metas
¿Cuál es la tarea?	→	objetivos
¿Quién hace qué?	→	funciones
¿Cómo lo hacemos?	→	procesos
¿Cómo nos llevamos?	→	relación interpersonal comunicaciones

Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad

Es la participación y confluencia de varias disciplinas y, además, tener un enfoque interdisciplinario en la composición y funcionamiento de los equipos de atención de los adolescentes con consumo problemático de drogas, que basarán su trabajo en la cooperación de sus miembros, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades del individuo.

Es la combinación y la complementariedad de todas y cada una de las figuras profesionales y de las personas que trabajan en el equipo que atiende a esta población y que permiten ofrecer un programa terapéutico integral basado en el concepto de ayuda, y orientado al desarrollo emocional y social de los niños, niñas y adolescentes.

Este trabajo interdisciplinario tiene como eje central, entre las diversas disciplinas profesionales que participan, la identificación de objetivos comunes en la intervención, que favorecen los resultados que se espera obtener con el tratamiento, donde cada disciplina y/o profesionales y técnicos que intervienen desarrollan sus funciones, de acuerdo a los objetivos terapéuticos formulados para cada adolescente, en la parte que a cada uno le corresponde intervenir.

Equipo y atención de población adolescente vulnerada de derechos

“**Síndrome de Burnout**”, conceptualizado por H. Herbert Freudenberger (1974) como un “estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa a un estilo de vida, o a una relación que no produce una recompensa esperada”, y que no se trata de un agotamiento por exceso de trabajo, sino de una especie de “erosión del espíritu”. Estado de extenuación emocional.

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con las personas usuarias del sistema de atención; ellos, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo

intenso y sostenido en el tiempo, con una sobreexigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional.

Estos equipos, por las características y naturaleza de las intervenciones que realizan, se encuentran con mayor probabilidades de presentar un **Burnout**, por lo que deben incorporar programas de autocuidado en forma planificada, que deben ser motivados y apoyado por las autoridades respectivas.

Estrategias de autocuidado

Las estrategias de autocuidado en los equipos incluyen un buen clima laboral, es decir, funcionar dentro de un ambiente de trabajo que facilite el desarrollo personal y grupal, posibilitando la comunicación y las relaciones humanas; para lograrlo se deben considerar:

- Capacitaciones orientadas a incrementar la seguridad personal en el desempeño de tareas.
- Información clara sobre redes de ayuda para poder derivar los casos conflictivos que no tengan una solución factible para la institución, dentro del contexto laboral.
- Desarrollo de habilidades tendientes a incrementar los niveles de desempeño y manejar conflictos grupales.
- Supervisión externa, cuando no sea posible resolver problemas que interfieran en el trabajo.
- Grupos y espacios de autocuidado.

Promoción de espacios para el autocuidado⁶⁹

El autocuidado se instala como un hábito en la medida en que nos comprometamos individual, colectiva e institucionalmente a hacernos cargo de nosotros/as mismos/as para cuidarnos y protegernos.

Espacios de autocuidado individual

El ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo, por lo tanto, cada persona puede desarrollar la capacidad o habilidad de generar conductas para el autocuidado. Algunas estrategias individuales son:

- Registrar oportunamente los malestares, es decir, saber cuándo debemos descansar, cuándo tenemos hambre, cuándo debemos ir al baño o debemos atender los dolores que nos produce una posición incómoda. De la misma manera hay que hacerlo con las molestias psicológicas. El no registrar oportunamente las fuentes de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos, serán causantes de lesiones o enfermedades.

⁶⁹ Aron, Ana María PhD; Llanos, María Teresa. "Cuidar a los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia". *Sistemas Familiares*, Año 20 N° 1-2, pág. 5-15.

- Una estrategia de gran ayuda para quienes se encuentran con una fuerte carga emocional, como es la atención de esta población objetivo, es el “vaciamiento y descompresión” de estas cargas. El vaciamiento no puede realizarse en cualquier parte; debe hacerse entre pares, entre personas que no necesitan explicaciones, porque están al tanto del tipo de problemas y, por lo tanto, pueden contener el relato de la situación conflictiva. El vaciamiento tiene el efecto de una descompresión necesaria para poder seguir trabajando.
- Mantenimiento de áreas libres de contaminación: se refiere a la necesidad de tener espacios de oxigenación donde se puedan “cargar energías”, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas del trabajo. Pueden ser actividades de recreación, intereses específicos, cualquier espacio que implique una descontaminación y la posibilidad de distensión.
- Evitar la contaminación de los espacios de distracción por temas relacionados con la temática del trabajo; no hay que elegir actividades de recreación y distracción cuyas temáticas se relacionan con el ámbito laboral.
- Una medida importante de autocuidado es evitar la saturación de las redes personales, es decir, no contaminar a la familia, amigos, etc. con temas propios del trabajo, para lo cual no están preparados para escuchar.

Espacios grupales de autocuidado de responsabilidad institucional

Son los que permiten crear y asegurar condiciones que comuniquen un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo.

- Espacios formales para el vaciamiento y descompresión de los equipos en relación con los casos y temáticas recibidas. Se refiere a organizar espacios sistemáticos en los que todo el equipo tenga la oportunidad de hablar sobre las situaciones vividas durante su jornada laboral y poder vaciar los contenidos más contaminantes. Ejemplo: en reuniones técnicas, de grupo, reuniones de pauta, etc.
- Espacios de conversación libre que favorezcan las relaciones de confianza entre los miembros del equipo. Son espacios de distensión donde podrán hablar e intercambiar ideas sobre las experiencias vividas en determinados momentos dentro del transcurso de la jornada semanal y, además, de otros temas extralaborales, que pueden darse en la informalidad de las horas o momentos del almuerzo o el café. Generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas.
- Generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas y conflictos surgidos al interior de los equipos. Se obtiene mediante el desarrollo de estrategias constructivas de abordaje de conflictos y de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
- Espacios de supervisión, que corresponden a momentos de grupo en los que se contrata a un supervisor externo, o se requiere el apoyo del equipo de recursos humanos institucional, para facilitar y hacer emerger sus capacidades individuales y de equipo, utilizando la creatividad y sus recursos para mejorar el desempeño grupal.

- Asegurar a las/los profesionales y técnicos condiciones mínimas de resguardo de su integridad personal en el trabajo, especialmente cuando la tarea se desempeña en espacios de alto riesgo social; por ejemplo, asistir en pareja o grupos a comunidades riesgosas o que el equipo esté alerta cuando un/a de sus profesionales realice actividades en terreno (saber dónde está, con qué grupos se va a reunir, etc.).
- Establecer rituales de incorporación y de despedida. Los rituales facilitan la integración de nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura de la organización. A su vez, los rituales de despedida facilitan la elaboración de estas experiencias y contribuyen a mantener los climas laborales sanos.
- Promover estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumentan la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso al interior de los equipos y tienden a silenciar los conflictos. Por ello, es importante el reconocimiento, la retroalimentación y el interés activo de la autoridad por los equipos, lo que se manifiesta en la flexibilidad y el apoyo administrativo que permite la compatibilidad entre trabajo y familia.
- Espacios para la activación y fortalecimiento de las redes de apoyo profesional. Cuando se reconoce como equipo, que la demanda de uno/a de sus miembros sobrepasa la capacidad de contención y vaciamiento, es importante acudir a las redes profesionales que se tienen, principalmente porque son una de las fuentes de apoyo más valiosas para los equipos que trabajan con violencia o con población en situación de riesgo social. Especialmente, porque la intensidad emocional del tema hace muy difícil abordarlo en forma aislada: saber que hay otros sectores profesionales que se ocupan de los mismos problemas es un alivio para los equipos.

Equipo y competencias técnicas⁷⁰

Si bien es innegable que la competencia técnica de los profesionales y técnicos pertenecientes al equipo de tratamiento es fundamental, hemos visto en nuestra revisión que muchos de los aspectos asociados por los autores a un mejor resultado se relacionan más bien a las características o actitudes "blandas" u orgánicas del equipo y de sus intervenciones.

- Estar atento a la problemática del adolescente, ser empático,
- ofrecer un trato acorde al género,
- estar familiarizado con actitudes y lenguajes adolescentes.
- ofrecer un trato culturalmente aceptado y, simplemente, estar disponibles -aún en horarios no necesariamente hábiles- han sido mencionados como "competencias" deseables en el equipo de tratamiento.

Cooper, en una revisión acerca de los pasos iniciales de cortes juveniles de drogas en EEUU, destaca que, si bien es necesario que la personas que trabajan dentro de ese sistema posean formación sobre adicciones, farmacología, rehabilitación y el sistema judicial, también deben tener conocimientos sobre las etapas del desarrollo del adolescente y del impacto que éstas tienen sobre el diseño y la estrategia comunicacional del programa. Es importante además, que todo el equipo esté familiarizado con respecto a todos los roles y disciplinas presentes en el programa.

⁷⁰ Revisión de evidencia del tratamiento en drogas. U. de Chile, 2007.

Desafíos futuros

Dada la puesta en vigencia de la nueva Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, que considera la derivación por el juez del adolescente infractor a tratamiento del consumo perjudicial y/o dependencia, así como la alternativa de acceso voluntario a tratamiento ofertada por diversos prestadores, bajo el Convenio MINSAL-CONACE-FONASA-, es posible destacar ámbitos de indagación o investigación sistemática como los siguientes:

- Validación de instrumentos de diagnóstico: Screening, Tamizaje en población adolescente infractora de ley.
- Identificación de otras estrategias terapéuticas específicas en medio privativo y en medio libre.
- Monitoreo de las estrategias de intervención para la identificación de las más efectivas en cuanto a adherencia a tratamiento.
- Sistema de información y registro clínico.

Anexos

■ Anexo 1: Tabla de evidencia científica

(Estudio de evidencia científica, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile).

Las escalas de clasificación de la evidencia científica usadas, diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de la evidencia en función del rigor científico del diseño de estudio. La siguiente es la tabla que se propone para ser utilizada.

Tabla 1: Calificación de la evidencia según diseño

Nivel	Descripción
1	Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados, metodológicamente válidos; ensayos clínicos randomizados de alto poder que estén libres de sesgos mayores.
2	Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados o ensayos clínicos randomizados sin los resguardos metodológicos apropiados para evitar sesgos.
3	Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos; estudios de cohorte o casos y controles con bajo riesgo de sesgo, confusión o azar, y buena probabilidad de que la relación sea causal.
4	Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de sesgo, confusión o azar, y de que la relación no sea causal. Revisiones no sistemáticas.
5	Estudios no analíticos, ej.: series de casos, reportes de casos. Validación de instrumentos.
6	Opinión de expertos, en ausencia de evidencia de los niveles antes mencionados.

Tabla 2: Clasificación de la evidencia

Referencia	Nivel de Evidencia
1. Randall, J.; Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J. Psychiatric Comorbidity and the 16-Month Trajectory of Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 1999; 38(9): 1118-1124.	4
2. Johnson, T.P.; Cho, Y.I.; Fendrich, M.; Graf, I.; Kelly-Wilson, L.; Pickup, L. Treatment Need and Utilization among Youth Entering the Juvenile Corrections System. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2004; 26: 117-128.	4
3. Nurco, D.N.; Hanlon, T.E.; Bateman, R.W.; Kinlock, T.W. Drug Abuse Treatment in the Context of Correctional Surveillance. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 1995; 12(1): 19-27.	5
4. Osborne, A.C. Justice System Clients of a Toronto Youth Addiction Treatment Program. <i>American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> 1997; 23(2): 335-337.	4
5. www.conace.cl	

6. Ministerio de Salud Chile, Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 19 años con Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas. 2006.	
7. Dowden, C.; Latimer, J. Providing Effective Substance Abuse Treatment for Young Offender Populations: What Works! <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> , 2006; 15: 517-537.	4
8. Chitabesan, P.; Kroll, L.; Bailey, S.; Kenning, C.; Sneider, S.; MacDonald, W. Theodosiou L. Mental Health Needs of Young Offenders in Custody and in the Community. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2006; 188: 534-540.	4
9. Hiller, M.L.; Knight, K.; Simpson, D.D. Prison-based substance abuse treatment residential aftercare and recidivism. <i>Addiction</i> , 1999; 94(6): 833-842.	3
10. Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J.; Crouch, J.L. Eliminating (Almost) Treatment Dropout of Substance Abusing or Dependent Delinquents Through Home-Based Multisystemic Therapy. <i>The American Journal of Psychiatry</i> 1996; 153(3): 427-428.	2
11. Cooper, C.S. Juvenile Drug Treatment Courts in the United States: Initial Lessons Learned and Issues Being Addressed. <i>Substance Use and Misuse</i> 2002; 37 (12&13): 1689-1722.	4
12. Myers, K.; Valentine, J.; Morgenthaler, R.; Melzer, S. Telepsychiatry in Incarcerated Youth. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2006; 38: 643-648.	5
13. Henggeler, S.W.; Clingempeel, W.G.; Brondino, M.J.; Pickrel, S.G. Four Year Follow-up of Multisystemic Therapy with Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 2002; 41(7): 868-874.	2
14. Bailey, S.; Doreleijers, T.; Tarbuck, P. Recent Developments in Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice Systems. <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> ; 2006; 15: 391-406.	4
15. Wasserman, G.A.; McReynolds, L.S.; Ko, S.J.; Katz, L.M.; Cauffman, E.; Haxton, W.; Lucas, C.P. Screening for Emergent Risk and Service Needs Among Incarcerated Youth: Comparing MAYSI-2 and Voice DISC-IV. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 2004; 43(5): 629-639.	5
16. Sweet, R.I.; Saules, K.K. Validity of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory-Adolescent Version (SASSI-A). <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2003; 24(4): 331-340.	5
17. Stein, L.A.R.; Graham, J.R. Ability of Substance Abusers to Escape Detection on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) in a Juvenile Correctional Facility. <i>Assessment</i> 2005; 12(1): 28-39.	5
18. http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/InstrumentPDFs/48_PEL.pdf	
19. Knight, J.R.; Goodman, E.; Pulerwitz, T.; Durant, R.H. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in Adolescent Medical Practice. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2001; 29:125-130.	5
20. Latimer, W.W.; O'Brien, M.S.; McDouall, J.; Toussova, O.; Floyd, L.J.; Vásquez, M. Screening for "Substance Abuse" Among School-Based Youth in Mexico Using the Problem Oriented Screening Instrument (POSIT) for Teenagers. <i>Substance Use & Misuse</i> 2004; 39(2): 307-329.	5
21. Keiley, M.K. Multiple-Family Group Interventions for Incarcerated Adolescents and Their Families: A Pilot Project. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> 2007; 1: 106-124.	3

22. Burke, P.J.; Sullivan, J.O.; Vaughan, B.L. Adolescent Substance Use; Brief Interventions by Emergency Care Providers. <i>Pediatric Emergency Care</i> 2005; 21(11): 770-776.	5
23. Grenard, J.L.; Ames, S.L.; Wiers, R.W.; Thush, C.; Stacy, A.W.; Sussman, S. Brief Intervention for Substance Use among At-Risk Adolescents: A Pilot Study. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2007; 40: 188-191.	4
24. Slavet, J.D.; Stein, L.A.R.; Colby, S.M.; Barnett, N.P.; Monti, P.M.; Golembeske, Jr. C.; Lebeau-Craven, R. The Marijuana Ladder: Measuring Motivation to Change Marijuana Use in Incarcerated Adolescents. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 2006; 83: 42-48.	4
25. Robertson, A.; Dill, P.; Husain, P.L.; Undesser, C. Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders Among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi. <i>Child Psychiatry and Human Development</i> , 2004; 35 (1):55-74.	5
26. Rowe, C.L.; Liddle, H.A.; Greenbaum, P.E.; Henderson, C.E. Impact of Psychiatric Comorbidity on Treatment of Adolescent Drug Abusers. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2004; 26: 129-140.	3
27. Prescott, L. Improving Policy and Practice for Girls with Co-Occurring Disorders in the Juvenile Justice System. Documento preparado para el GAINS Center. Junio, 1998.	4
28. Marsh, J.C.; Cao, D.; D'Aunno, T. Gender Differences in the Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2004; 27: 289-300.	3
29. Vermeiren, R.; Jaspers, I.; Moffitt, T. Mental Health Problems in Juvenile Justice Populations. <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> ; 2006; 15: 333-351.	4
30. Belenko, S.; Logan, T.K. Delivering More Effective Treatment to Adolescents: Improving the Juvenile Drug Court Model. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2003; 25: 189-211.	4
31. Lennings, C.J.; Kenny, D.T. Substance Use and Treatment Seeking in Young Offenders on Community Orders. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2006; 31: 425-432.	5

Anexo 2

Ficha clínica del niño, niña y adolescente⁷¹

Fechas de llenado de los datos / / / / / / / / / / / /

Nombre del Profesional: _____

Antecedentes generales

Nombre completo:			
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Edad (años y meses):	RUN:
Domicilio:		Vive con la familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio familia (si es otro):			
Fonos de contacto:			

Derivación desde:
Profesional de contacto:
Teléfonos:

Situación judicial del adolescente (sanción accesoria, sanción principal o medida):
Tribunal:

⁷¹ El Programa del Adolescente del Ministerio de Salud de Chile considera la adolescencia como la etapa que toma el rango etario entre los 10 y los 19 años, y al adolescente como el individuo hombre o mujer, que se encuentra ubicado en ese rango etario. Bajo esa edad, son niños.

Motivo de consulta del niño, niña o adolescente:
Motivo de consulta de los padres:
Motivo de consulta de institución/equipo derivante:

Antecedentes ámbito individual

Antecedentes peri-y posnatales: embarazo, parto, lactancia, reacción al destete, alimentación, sueño, temperamento.
Antecedentes del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje, etapa preescolar, escolar.
Antecedentes mórbidos del niño, niña o adolescente: enfermedades relevantes; comorbilidad psiquiátrica leve-moderada o severa.

Historia escolar

Edad de ingreso, jardín infantil, escuela, adaptación, rendimiento, adaptación con pares y profesores, etc.

En relación con el ámbito escolar: descripción del proceso de aprendizaje (nivel pedagógico, existencia de trastornos del aprendizaje, ámbitos de mayores competencias y mayores dificultades –intereses y motivaciones en este contexto–, tratamientos recibidos –especialidad y farmacología– y evolución.

Descripción de la problemática actual

Entrevista a padres u otro familiar.

Entrevista a niño, niña o adolescente.

Consumo de sustancias y problemas asociados: principal (1) y secundarias (2)

Elija la(s) opción(es) que mejor describa(n)	
Alcohol	
Tabaco	
Marihuana	
Pasta base	
Alucinógenos	
Inhalantes o solventes	
Fármacos	
Otros	

Elija la(s) opción(es) que mejor describa(n)	
Experimental	
Ocasional	
Habitual	
Abusivo	
Dependiente	
Ha sufrido intoxicación	
Patrón de consumo bajo o moderado	
Patrón de consumo de alto riesgo	
Problematiza el consumo (sí o no)	

Con quién consume:
Cómo accede a la droga:
Compromiso delictual:

Descripción del proceso adolescente⁷²

Desarrollo corporal y puberal (incorporar ámbito nutricional).
Imagen corporal.
Grado de separación de figuras parentales.
Proceso de autonomía.
Identidad e identificaciones (género).
Antecedentes de conducta.
Desarrollo moral.
Desarrollo psicosexual (rol sexual, conductas, identidad, elección de objeto, etc.).

⁷² Apoyarse en el documento "Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes. Orientaciones Técnicas desde una mirada Comprehensiva Evolutiva", Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, CONACE, noviembre 2004.

Pérdidas y procesos de duelo.
Mecanismos defensivos.
Egocentrismo.
Relaciones con pares.
Intereses, motivaciones y proyecciones.
Otros (por ej.: cualidades destacadas del niño, niña o adolescente).

Antecedentes área familiar

Antecedentes de la familia de origen

Parentalidad	Parentalidad	Parentalidad	Parentalidad	Parentalidad	Parentalidad

Grupo familiar actual (viven juntos):

Nombre	Parentesco	Edad	Educación	Actividad	Observaciones

Estructura del núcleo familiar

Genograma

Antecedentes médicos familiares (Incluir los que corresponda)	Observaciones
Depresión	
EQZ u otra psicosis	
Trastorno de alimentación	
Alcoholismo	
Consumo de drogas	
Trastorno ansioso	
Epilepsia	
Otros	

Antecedentes familiares de conducta disocial y/o delictual. Especificar.

Antecedentes área socioemocional

Mapa vincular del niño, niña o adolescente (eco mapa): definir desde el propio adolescente cuáles y quiénes constituyen para él las figuras significativas y señalar las relaciones afectivas de mayor a menor importancia.

Figura vincular

Persona que el adolescente reconoce como su adulto significativo (sea éste un vínculo positivo o no).

Competencias parentales

Tipo de apego, calidad de éste, capacidad de empatizar de los padres o adultos significativos, capacidad de ejercer autoridad, capacidad de protección efectiva. En etapas tempranas y en la actualidad.

Antecedentes de trastornos vinculares

Con tendencia al rechazo (violencia centrífuga): incomunicar, aterrorizar, aislar al niño/a, culpabilizarlo, denigrarlo.	Con tendencia a la simbiotización (violencia centrípeta): manipulación afectiva, indulgencia, seducción, corrupción, incesto.
Identificar tipo de trastorno de vínculo si lo hay:	

Área de reparación

Marque las situaciones graves de vulneración de derechos que presente el adolescente, niño o niña:	Observaciones: Señale si se ha intervenido a la fecha o está en proceso, especificando dónde se realiza esta
<input type="checkbox"/> Problemas económicos, habitacionales, de acceso a servicios de salud y servicios en general. <input checked="" type="checkbox"/> Negligencia, abandono. <input checked="" type="checkbox"/> Maltrato grave. <input checked="" type="checkbox"/> Abuso sexual. <input checked="" type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar. <input checked="" type="checkbox"/> Peores formas de trabajo infantil. <input checked="" type="checkbox"/> Explotación sexual-comercial infantil. <input checked="" type="checkbox"/> Problemas relacionados con sistema legal/criminal. <input checked="" type="checkbox"/> Otra (especificar).	

Evaluaciones y tratamientos previos

Indique lugar, fecha, motivo, resultados principales:

Soluciones informales intentadas por el/la joven, la familia o redes cercanas:

Diagnóstico, síntesis e indicaciones

Diagnóstico CIE 10⁷³

Eje I Trastorno psiquiátrico.

Eje II Trastornos del desarrollo y de la personalidad.

Eje III Coeficiente intelectual.

Eje IV Patología médica.

Eje V Factores psicosociales.

Eje VI Discapacidad.

73 Sección Trastornos Psiquiátricos para niños y adolescentes. Como alternativa, podría utilizarse el sistema DSM-IV.

Diagnóstico descriptivo:

Desde una perspectiva comprensivo-evolutiva, incluyendo aspectos del proceso adolescente, de psicopatología, de dinámicas relacionales. Puede incluir hipótesis sistémicofamiliares⁷⁴.

Indicaciones/plan de tratamiento recomendado

1) HOJA ANEXA DE OBSERVACIONES (si se requiere detallar algún aspecto anterior, u otro distinto).

74 Hipótesis sistémica. Se refiere a la explicación tentativa que involucra a todos los miembros del sistema familiar, que describe el sentido del comportamiento familiar en su dinámica de funcionamiento del cual la problemática de consumo es parte, expresándola en positivo, con salida, sin énfasis en las carencias o los problemas.

■ Anexo 3.

Compromiso biopsicosocial

Dimensión biopsicosocial

		Grados de compromiso biopsicosocial (CBPS)		
		CBPS leve	CBPS moderado	CBPS severo
Salud física	Estado nutricional normal P/E, P/T Sin molestias o patología somática.	Alto riesgo de compromiso somático por patología aguda, molestias somáticas diversas.	Existe un evidente compromiso de enfermedad somática: infecciones respiratorias, desnutrición (P/T, P/E, T/E), infecciones de piel y fanéreos severos y generalizados.	
	Conocimiento de presencia de enfermedad crónica con tratamiento. Existen iniciativas de autocuidado e higiene.	Conocimiento de presencia de enfermedad crónica con tratamiento intermitente. Disminución del peso corporal referido. Lesiones de piel (infecciones focalizadas, quemaduras). Presencia de caries dentales. Riesgo de desnutrición. Existen al menos, una o dos iniciativas de autocuidado relacionadas con su salud física.	Presencia de enfermedades crónicas no diagnosticadas o diagnosticadas pero con abandono de tratamiento actual. Presencia de caries dentales con pérdida de pieza e infecciones. Pérdida o abandono de autocuidado físico.	

Dimensión biopsicosocial

		Grados de compromiso biopsicosocial (CBPS)		
		CBPS leve	CBPS moderado	CBPS severo
Salud reproductiva	Inicio de actividad sexual sin protección, riesgo de embarazo, riesgo de ITS o tratada.	En ocasiones, actividad sexual sin protección.	Actividad sexual sin protección, ITS a repetición.	
	Consulta a la red de salud en pos de ayuda o información.	Alto riesgo de embarazo. Presencia de ITS o mal tratadas.	Repetitivos embarazos, abortos naturales o inducidos, sin control médico.	
	Actividad sexual asociada a vínculo e intimidad de pareja.	No hay iniciativas personales de consulta a la red de salud, a pesar de saber que es necesario. Ha utilizado, al menos una vez, la atención primaria en salud sexual y reproductiva, debido a acompañamiento o derivación de terceros. Embarazo llevado a término bajo cuidados y control médico. Actividad sexual asociada en ocasiones, a vínculo e intimidad de pareja.	Embarazo adolescente llevado a término, sin cuidados ni control médico prenatal. Prácticas de comercio sexual.	

Dimensión biopsicosocial

	Áreas	Componente de la psicopatología (COPSA)		
		COPSA Leve	COPSA Moderada	COPSA Severa
Dimensión biopsicosocial	Capacidad relacional y adaptativa	<p>Internalización de límites, normas, en algún contexto específico (escuela, familia, comunidad).</p> <p>Problemas con figuras de autoridad, con resolución no violenta.</p> <p>Proceso de autonomía e independencia situado en el conocimiento y la experimentación, con capacidad de autocontrol en contextos específicos.</p> <p>Sin mayores dificultades en su inserción de escuela, de grupo de pares o de comunidad. Cuando estas dificultades han ocurrido, han sido más bien hechos aislados y reactivos a situaciones transitorias.</p>	<p>Internalización de límites y normas vivida con conflicto, en los últimos 6 meses.</p> <p>Dificultades en proceso de separación y de autonomía.</p> <p>Integración e inserción a grupo de pares vivida con tendencia a la dependencia o aislamiento.</p> <p>Tendencia al conflicto relacional con resolución a través de la violencia sin daños directos a personas (intra- o extrafamiliar).</p> <p>Integración parcial a red social.</p> <p>Al menos en una ocasión ha estado en el circuito DEPRODE y DEDEREJ (SENAME).</p>	<p>Conflicto familiar, entre pares o escuela, con resolución a través de agresividad y provocación permanente. Nula tolerancia a la frustración. Grave dificultad en proceso de separación y autonomía. En conflicto con la ley. Sin lugar físico de protección y/o contención. Puede darse el aislamiento social.</p> <p>Exclusión social.</p> <p>Violencia como referente de identificación.</p> <p>Incluye daños directos a las personas (familiar o extrafamiliar).</p> <p>Sin integración a redes sociales formales.</p> <p>Varias entradas a centros de SENAME (DEDEREJ).</p>

Dimensión biopsicosocial

	Áreas	Componente de la psicopatología (COPSA)		
		COPSA Leve	COPSA Moderada	COPSA Severa
Familia	Figura vincular protectora	<p>Hay presencia de figura vincular protectora, pero inestable.</p> <p>La empatía con el adolescente surge ante los problemas. No visualiza las necesidades en forma permanente.</p> <p>Hay presencia de algún vínculo significativo, que tiene alta importancia para el joven y que puede fortalecer el tratamiento en su parte individual.</p>	<p>Existe una figura protectora, pero que no contiene al adolescente.</p> <p>Existe otro significativo, pero su capacidad de protección no es efectiva.</p> <p>Escasa empatía. Tendencia a centrarse en las propias necesidades, incorporando al niño, niña o adolescente a ellas.</p>	<p>Figura protectora que en la actualidad no se manifiesta como tal.</p> <p>Historia de abandono y negligencia.</p> <p>Sin capacidad de protección y contención de la figura significativa (adulto)</p> <p>La(s) figura(s) significativa(s) expone (n) al niño, niña a situaciones dolorosas, estresantes, de manera repetida y crónica.</p> <p>Figura inaccesible, insensible, peligrosa, amenazante, impredecible, rechazante.</p>

Dimensión biopsicosocial

Escala	Clasificación de la dimensión biopsicosocial		
	COPES Leve	COPES Moderado	COPES Severo
Familia	<p>Familia estructurada, rígida. Dificultad para establecer normas y límites, roles y funciones.</p> <p>Padres compiten por dominar. Relaciones de dominancia-sumisión.</p> <p>Parentalidad parcial. Autonomía en la función parental, pero son dependientes en momentos de crisis.</p> <p>Roles estereotipados.</p> <p>Tendencia a no supervisar.</p> <p>Presencia de trabajo informal, cesantía intermitente.</p> <p>Ausencia parental por muerte o abandono.</p> <p>Familia uniparental.</p> <p>Relación con relativa desconfianza. Ambivalencia no aceptada.</p> <p>Presencia de trastornos de conducta, neurosis en alguno(s) de sus</p>	<p>Parentalidad disfuncional con padres transitoriamente incompetentes. Pérdida de roles de las figuras de autoridad; ausencia de límites y normas claras, incoherencia en la supervisión. Falta de reconocimiento y aceptación del hijo/a. Cesantía. Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento de algún miembro. Abandono afectivo de la familia.</p> <p>Hacinamiento.</p> <p>Castigo físico o psicológico como estrategia de crianza. Lazos débiles o distantes.</p> <p>Hostilidad.</p> <p>Individuación a través de la distancia.</p> <p>Presencia de adicciones, psicosis reactivas, trastorno psiquiátrico compensado, depresiones, en algún (nos) miembro (s).</p> <p>Mantiene relaciones con familia extensa.</p>	<p>Estructura familiar, coalición padre/hijo (generalmente madre/hijo problemático, padre inefectivo y excluido).</p> <p>Parentalidad disfuncional severa y crónica, hasta la toxicidad parental.</p> <p>Familia ausente o presente multiproblemática. VIF (psicológica y física) y/o maltrato, abuso sexual como pauta relacional. Alcohólicismo y drogadicción en miembros de la familia.</p> <p>Fusión, límites difusos, identidades poco claras, acusaciones, chivos emisarios, invasiones.</p> <p>Desconfianza, percepción de maldad.</p> <p>Cesantía crónica o indigencia.</p> <p>Familias desvinculadas de las redes.</p> <p>Impermeables a la ayuda profesional.</p> <p>Presencia de trastorno psiquiátrico grave, conductas infractoras.</p> <p>Abandono afectivo y material.</p>

Dimensión biopsicosocial

	Comportamiento infractor (biopsicosocial) [COPSA]		
	COPSA Leve	COPSA Moderada	COPSA Severa
Separación	<p>Tendencia a desconfiar de sí mismo o de los demás. Siente dudas de ser querido/a.</p> <p>Responde positivamente ante vínculo protector, aunque reserva cierta ambivalencia</p>	<p>Contextos de negligencia. Vivencia de maltrato y violencia.</p> <p>Experiencia de abandono.</p> <p>Traumatización por experiencia de abuso o maltrato sufrida en algún momento de la infancia que no es capaz de recordar.</p> <p>Tendencia a fusionarse en las relaciones, a inhibirse y/o a agredir sin motivos claros.</p>	<p>Contextos de violencia física, caos, violencia. Contextos cambiantes, inestables, amenazantes.</p> <p>Politraumatización por experiencias repetidas de abuso o maltrato.</p> <p>Vivencia de "la vida es así".</p> <p>Maltrato y violencia física y psicológica sostenida en el tiempo.</p> <p>Abuso sexual y violación (intra- o extrafamiliar), y/o crónico.</p> <p>Patología del abandono.</p> <p>Desconfía, teme la relación, exige, actúa su sufrimiento.</p> <p>Sin acceso a la palabra.</p>

Dimensión biopsicosocial

	Comportamiento infractor (biopsicosocial) [COPSA]		
	COPSA Leve	COPSA Moderada	COPSA Severa
Conducta infractora	<p>Construcción identitaria infractora vivida con cierta flexibilidad por parte de los jóvenes.</p> <p>El joven identifica posibilidades y tiene claro que este es un momento en su vida, no un paso necesario.</p> <p>Vive la infracción de ley como algo momentáneo.</p> <p>Se asocia a la existencia de intereses y motivaciones en lo cultural.</p>	<p>Construcción identitaria en torno a la infracción de ley, "cultura canera" incorporada, pero con flexibilidad. Es decir, que hay otros referentes posibles con los cuales identificarse. Aunque se ven lejanos y hay cierta desesperanza en el discurso, existe dicha visualización.</p> <p>La imagen social de la vestimenta del infractor cobra importancia y status entre pares, ocasionando conductas delictivas en su búsqueda.</p>	<p>Construcción identitaria en torno a la infracción de ley, "cultura canera" incorporada bajo un marco de rigidez. El joven considera que la infracción de leyes es la única manera de salir adelante.</p> <p>Hay una idealización de llegar a ser mejor infractor (internacional).</p> <p>La imagen social de la vestimenta del infractor cobra importancia y status entre pares, ocasionando conductas delictivas en su búsqueda.</p>

Dimensión biopsicosocial

Transgresión ligada a la severidad. 426-71			
Grado	Grave	Intermedia	Severa
	<p>Transgresión ligada al proceso de desarrollo genera crisis aisladas en el espacio familiar, la escuela, pares, entre otros, debido a la disfuncionalidad que presentan los diversos contextos para afrontar estas crisis.</p> <p>La infracción está relacionada con aceptación de grupo de pares y características propias de la adolescencia.</p> <p>Conducta infractora: aislada no repetitiva, ocasional y sin provocar daños importantes a las personas, animales y/o propiedad.</p>	<p>Tendencia al conflicto relacional.</p> <p>Dificultad en la internalización de límites y normas.</p> <p>Actitud provocadora y de desafío a la autoridad en forma reiterada.</p> <p>Conducta infractora: La infracción se realiza en el hogar y entornos "significativos" y de forma individual. Presencia de hurtos ocasionales. Individuación a través de la transgresión.</p> <p>La conducta transgresora es funcional, puede ser parte de su cultura familiar.</p>	<p>Presencia de historia de vida asociada al delito. Dependencia a grupo de pares y de adultos con conducta delictual. La actividad asociada al delito cobra una gran relevancia a nivel cognitivo y conductual.</p> <p>Menor severidad: cuando ésta responde a presencia de eventos psicoestresantes graves. Ej.: abuso sexual, muerte de uno de los padres, abusos físicos graves y persistentes, conflictos armados.</p> <p>Mediana severidad: se encuentran comportamientos graves asociados a daños de las personas, animales, propiedad dentro y fuera de su hogar, pero los actos se realizan para obtener dinero para consumir y, en ocasiones, bajo los efectos de las drogas. Se inició la conducta transgresora después de los 10 años, asociada a comorbilidad psiquiátrica (Déficit Atencional, enfermedad bipolar tipo I, entre otros).</p> <p>Mayor severidad. inicio de las conductas infractoras antes de los 10 años, patrón persistente y repetitivo de agresión a otras personas especialmente; además, destrucción de la propiedad, violaciones graves de las normas dentro y fuera de su hogar, tendencia a realizar estas actividades en forma aisladas, o asociados a grupo con fuerte desarrollo delictual, padres o hermanos con evidencia de personalidad antisocial. Dificultad para empatizar con las víctimas y de responsabilizarse por sus conductas infractoras. Actividades relacionadas con la infracción mantenidas por 1 año y con gran frecuencia. Internalización de conductas.</p>

Dimensión biopsicosocial

Áreas	Componente biopsicosocial (CBPS)		
	CBPS Leve	CBPS Moderado	CBPS Severo
Integración social	<p>Escasa permanencia.</p> <p>Ocio /Pares.</p> <p>Diaria y creciente.</p> <p>Dificultades transitorias y reactivas a situaciones puntuales. Grupo de pares permanente, con actividades recreativas de distinta índole. Sin conductas disociales.</p>	<p>Diaria y creciente.</p> <p>Trabajo pares.</p> <p>Alto riesgo de aislamiento o de inserción en grupos con graves dificultades conductuales. Cambios permanentes de grupos.</p> <p>Ocasionalmente se incorpora a grupo de pares con conductas infractoras, de consumo y de violencia.</p>	<p>Gran parte del día o todo el día. En actividades de sobrevivencia.</p> <p>En transición o situación de la calle ("caletas").</p> <p>Pertenencia a grupos con conductas disociales (conductas infractoras, de consumo y de violencia), o grupos de caleta.</p> <p>Sin referencia a otros grupos de pertenencia.</p>

Dimensión biopsicosocial

Áreas	Componente biopsicosocial (CBPS)		
	CBPS Leve	CBPS Moderado	CBPS Severo
Salud física y mental	<p>Presencia de caracteres propios de la crisis de la adolescencia: inestabilidad emocional, anhedonia, presentismo, hedonismo, entre otras.</p> <p>Sin presencia de psicopatología.</p>	<p>Presencia de alteraciones psicológicas secundarias o no al consumo de drogas.</p> <p>En caso de que dichas alteraciones sean secundarias al consumo de drogas puede manifestarse como síndrome de abstinencia moderado.</p> <p>Ideación suicida sin intencionalidad.</p> <p>Psicopatología crónica compensada como trastorno por ansiedad, trastorno del ánimo moderado.</p>	<p>Con psicopatología aguda o crónica descompensada (trastorno esquizofrénico, trastorno de ansiedad grave, trastorno del ánimo, incluido el bipolar).</p> <p>Presencia de alteraciones psicológicas asociadas al consumo de drogas, como síndrome de abstinencia severo, entre otros.</p> <p>Intento de suicidio.</p>

Tabla de definición de prestaciones

Prestación	Descripción
Consulta de salud mental.	Evaluación y diagnóstico psicosocial, psicoeducación, apoyo en la continuación de tratamiento, trabajo en la prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades y, por último, la referencia asistida a atención médica somática general o psiquiátrica.
Psicoterapia.	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y objetivos de tratamiento.
Consulta médica.	Instancia de evaluación médica general o de especialidad y diagnóstico. Es una instancia para establecer las indicaciones médicas y eventual prescripción farmacológica. Alta o referencia a atención especializada es una acción a tener en cuenta en todo momento.
Consulta psicológica.	Instancia de evaluación y diagnóstico psicológico que complementaría las otras evaluaciones que se están llevando a cabo.
Psicodiagnóstico.	Aplicación de tests psicológicos que permitan complementar el diagnóstico clínico, desde los ámbitos cognitivos, emocionales y de personalidad.
Psicoterapia grupal.	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y objetivos de tratamiento. La dimensión recreativo-deportiva, educativa y vincular deberían estar presentes en estas intervenciones.
Consulta psiquiátrica.	Instancia de evaluación y diagnóstico psiquiátrico. Teniendo en cuenta una exhaustiva valoración psicopatológica, con las consideraciones etarias correspondientes. Se establece la indicación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.
Psicoterapia familiar y/o de pareja.	Este tipo de terapia centra su actuación en el asesoramiento, intervención y tratamiento a familias o parejas que lo necesiten.
Visita de salud mental escolar y coordinación educativa.	Evaluación y diagnóstico social y escolar, psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente.
Visita de salud mental laboral.	Evaluación y diagnóstico social y laboral, psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente.
Consultoría/enlace de salud mental.	Atención conjunta de adolescentes y/o familiares, reuniones clínicas y de coordinación entre equipo de salud general y/o profesionales de otros servicios clínicos y/o equipo servicio de urgencia.

Anexo 4

Esquema general sobre la protección a la infancia y adolescencia



"Es desde el tercer nivel de prevención especializado, que el servicio estructura este **Sistema Nacional de Atención Socioeducativa para Infractores de Ley**. Se parte del reconocimiento de que son sujetos de derechos, así como lo son aquellos niños, niñas y adolescentes que han sido más bien vulnerados en sus derechos, pero también son considerados por la nueva legislación especial para infractores de ley adolescente, responsables de los actos que cometen, desde una perspectiva reparatoria, rehabilitadora e integradora. En este sentido, la atención y la canasta básica de prestaciones debe permitir realmente la futura inserción laboral de estos adolescentes, por ello, entendemos el sistema como una inversión que el Estado realiza en un capital humano valioso, más que un gasto social, el cual es necesario realizar por consideraciones éticas y morales".

Desde la terapia ocupacional surge el Modelo de Ocupación Humana, que durante los últimos años ha sido un aporte en el tratamiento de las drogodependencias en nuestro país como una herramienta metodológica para trabajar los objetivos a alcanzar en esta etapa del tratamiento.

El Modelo (MOH) plantea que la actividad espontánea es la característica fundamental de los seres vivos, llegando en el hombre a conformar la **ocupación**, la cual se define como todo comportamiento motivado intrínsecamente por la búsqueda consciente de ser efectivo en el ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización. Este concepto se basa en diferentes fuentes

recogidas desde la psicología centrada en la motivación, acerca de los conceptos de competencia; los trabajos sociológicos basados en la teoría de la adquisición de roles, en los trabajos antropológicos que explican la cultura como sistema que modela y da significado al comportamiento.

Este es un concepto que "sugiere un perfil de programas de intervención que proporcione oportunidades para desarrollar comportamientos eficaces y competentes; desarrolle destrezas que apoyen el desempeño de roles deseados; provea de estrategias que aseguren la socialización a los requerimientos del grupo cultural y apoyen las rutinas satisfactorias de la vida diaria".

Para explicar de qué manera se elige, organiza y ejecuta el comportamiento ocupacional, el Modelo de Ocupación Humana conceptualiza al hombre como un sistema compuesto por tres componentes: volición, habituación y desempeño.

Volición

Se define como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser como actor en el mundo y cuyo propósito es seleccionar el comportamiento ocupacional.

Se construye en base a varias dimensiones que la definen con más precisión:

1. Causalidad personal: conocimiento de la capacidad (habilidades y limitaciones) y sentido de la eficacia (sentido de control sobre nuestro comportamiento y sobre los resultados que queremos producir para ese comportamiento).
2. Valores: grupo de convicciones de sentido común dentro de una cultura, acerca de lo que es importante en la vida.
3. Intereses: disposiciones para encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y en el autoconocimiento de esas ocupaciones.

Habituación

Que organiza el comportamiento ocupacional en base a patrones o rutinas. Consolida las elecciones habituales del subsistema volición y las integra dentro de patrones predecibles. Para describirlo se utilizan dos conceptos:

1. **Hábitos:** son imágenes que guían la rutina y las formas típicas en que una persona se desempeña.
2. **Roles:** son imágenes que las personas mantienen de sí mismas como ocupando posiciones en los grupos sociales y las obligaciones o expectativas que las acompañan.

Ejecución

Es un conjunto de imágenes y estructuras biológicas y procesos, los que están organizados en habilidades y son utilizados en la producción de un comportamiento con propósito. Estas habilidades se pueden dividir en perceptivo-motoras, de procesamiento o elaboración y de comunicación-interacción.

■ Bibliografía

- Aron, Ana María PhD.; Llanos, María Teresa. Cuidar a los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, Año 20, N° 1-2, págs. 5-15.
- Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C. et al. *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, 1999.
- Blondell, R. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. ***American Family Physician*** (2005). 71:495-502.
- Bukstein, O. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. ***American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*** (AACAP) (2004):25.
- Carrol, K.; Rounsaville, B. and Gawin, F. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. ***American Journal on Drug and Alcohol Abuse*** (1991). 17:229-247.
- Chamber, R.; Taylor, J. and Potenza, M. Developmental neurocircuitry in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. ***American Journal of Psychiatry*** (2003). 160:1041-1052.
- Clark, D. The natural history of adolescent alcohol use disorders. ***Addiction*** (2004). 99:5-22.
- Compton, W.; Thomas, Y.; Conway, K. et al. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. ***American Journal of Psychiatry*** (2005):162-168.
- Currie, J. and Focus Consultants for Canada's Drug Strategy Division. *Prácticas Óptimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas*. Canada's Drug Strategy Division Health, 2001.
- Deas, D. and Thomas, S. E. An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment. ***American Journal on Addictions*** (2001). 10(2):178-189.
- Dennis, M., Godley, S.; Diamond, G. et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. ***Journal of Substance Abuse Treatment*** (2004). 27:197-213.
- Dunn, C.; Deroo, L. and Rivara, F. The Use of Brief Interventions Adapted from Motivational Interviewing Across Behavioral Domains: a Systematic Review. ***Addiction*** (2001). 96(12):1725-1742.
- Edwards, G.; G. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. ***British Medical Journal*** (1976). 1:1058-61.

- Flores, P. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment, 2005.
- Fulkerson, J. A.; Harrison, P. A. and Beebe, T. J. DSM-IV Substance Abuse and Dependence: Are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents. **Addiction** (1999). 94(4):495-506.
- Gnecco, Gilda. Modulo de Calidad Diplomado Gestión de Calidad, Universidad de Chile 2005
- Harrison, P. A.; Fulkerson, J. A., and Beebe, T. J. DSM-IV Substance Use Disorder Criteria for Adolescents: A Critical Examination Based on a Statewide School Survey. **American Journal of Psychiatry** (1998). 155:486-492.
- Kaczynski, N. and Martín, C. Diagnostic Orphans: Adolescents With Alcohol Symptoms Who Do Not Qualify for DSM-IV Abuse or Dependence Diagnoses. **American Journal of Psychiatry** (1999). 156:897-901.
- Kaminer, Y.; Bureson, J. A.; Blitz, C. et al. Psychotherapies for the Adolescent Substance Abuser: A Pilot Study. **J. Nerv. Ment Di** (1998). 186(11):684-690.
- Kaye, D. L. Office Recognition and Management of Adolescent Substance Abuse. **Current Opinion in Pediatrics** (2004). 16:532-541.
- Knight, J. R.; Sherritt, L.; Van Hook, S. et al. Motivational interviewing for adolescent substance abuse: A pilot study. **Journal of Adolescent Health** (2005). 37:167-169.
- Liddle, H. A. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. **Addiction** (2004). 2:76-92.
- Mack, A. H. and Frances, R. J. Treatment of Alcohol Use Disorders in Adolescents. **Journal of Psychiatric Practice** (2003). 9(3).
- Marlatt, G.A. and Gordon, J.R. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour. Guilford Press, 1985.
- Mattick, T. and Hall, W. Are Detoxification Programmes Effective? **Lancet** (1996). 8994:97-100.
- Mayo and Smith, M. F. Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal: A Meta-Analysis and Evidence-Based Practice Guideline. **Journal of the American Medical Association** (1997). 278(2):144-151.
- Mc Lellan, A. T. Drug addiction as a chronic mental illness: implications for treatment, insurance and outcome evaluation. **Journal of the American Medical Association** (2000). 13(284).
- McCambridge, J. and Strang, J. Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. **Addiction** (2005). 100:470-478.
- Miller, W. Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. **Addiction** (1983). 100:421.

- Ministerio del Interior-CONACE. Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile. CONACE, 2003a.
- Ministerio del Interior-CONACE. Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. CONACE, 2003b.
- Monti, P.; Colby, S. and O'Leary, T., eds. **Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse Reaching Teens Through Brief Interventions**. The Guilford Press, 2001.
- Naciones Unidas-Oficina contra la Droga y el Delito. Manual sobre abuso del tratamiento de drogas. Naciones Unidas, 2003.
- O'Brien, C. P. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. **American Journal of Psychiatry** (2005). 182:1423-31.
- O'Leary T. and Monti, P. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. **Addiction** (2004). 2 Suppl:63-75.
- Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Organización Mundial de la Salud, Oficina de publicaciones, 2001.
- Vocci, F.; Acri, J. and Elkashef, A. Medication development for addictive disorders: the state of the science. **American Journal of Psychiatry** (2005). 162:1432-40.
- Waldron, H.; Slesnik, N.; Brody, J. et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7- month assessment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** (2001). 69: 802-13.
- Winters, K. Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders. U.S. Department of Health and Human Service. Center for Substance Abuse Treatment, 1999.
- Woody, G. E. Research Findings on Psychotherapy of Addictive Disorders. **American Journal on Addictions** (2003). 12.

Orientaciones Técnicas

Tratamiento del consumo problemático

de alcohol y drogas en adolescentes de cultura mapuche
Chile que viven en zonas rurales.

complementariedad

adolescentes

oportunidad

integración

Orientaciones Técnicas | Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley

especialistas



integración

adolescentes

oportunidad

Orientaciones Técnicas
Tratamiento del consumo problemático
de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en
adolescentes infractores de ley

MINISTERIO DEL INTERIOR
GOBIERNO DE CHILE



La aplicación de la Ley

La aplicación de la Ley

MINISTERIO DEL INTERIOR
GOBIERNO DE CHILE

La aplicación de la Ley

MESAS REGIONALES DE GESTIÓN DEL CONVENIO

**CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA
SENDA – MINSAL – SENAME – GENCHI**

1. Introducción

La intersectorialidad, es una estrategia para trabajar sobre todo en ámbitos de alta complejidad como es el de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley N°20.084 y que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol. Este trabajo intersectorial genera ventajas, tanto en la organización del mismo, como en los procesos y en sus resultados finales. El abordaje de la complejidad del Programa materia de este Convenio, requiere la articulación permanente entre las instituciones, la construcción de relaciones de confianza y respeto, de un lenguaje común, de la comprensión de las funciones de cada institución, pero con la claridad que el trabajo integrado genera sinergias que maximizan y enriquecen las posibilidades.

En este contexto, es que se ha querido relevar el rol de las Mesas Regionales de Gestión del Convenio de Colaboración Técnica entre SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, para la implementación del Programa.

El presente documento, tiene como objetivo otorgar directrices para el funcionamiento de las Mesas Regionales, a fin de potenciar el trabajo que ellas realizan, homologar el funcionamiento de éstas, resguardando, al mismo tiempo, que el quehacer en esta materia responda a las necesidades e intereses locales.

Las Mesas Regionales deben constituirse en agentes activos en el desarrollo del Convenio, involucrándose desde los procesos de implementación y seguimiento de los programas, hasta el desarrollo técnico de temáticas relevantes para el territorio, potenciando la mejora continua de la calidad, lo que implica abordar aspectos técnicos, administrativos y operacionales.

Para ello es fundamental que exista un trabajo intersectorial coordinado, integral, que posibilite la construcción de planes de acción conjuntos a corto, mediano y largo plazo, la identificación y priorización de problemas, resolución de nudos críticos y levantamiento de buenas prácticas locales. Es así como la intersectorialidad requiere de articulación para emprender conjunta y sistemáticamente los objetivos propuestos.

2. De la conformación y funcionamiento de las Mesas

- **Entidades y miembros:**

Las Mesas Regionales de Gestión del Convenio deben estar constituidas por los siguientes miembros:

- a) Representante/s Área de Tratamiento de la Dirección Regional SENDA.
- b) Representante/s de Salud Mental del o los Servicio(s) de Salud respectivos.
- c) Referentes de Salud Mental o Encargados de Drogas y Alcohol de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- d) Representante/s del Área Técnica Regional de GENCHI o quien éste designe.
- e) Representante/s Unidad de Justicia Juvenil de la Dirección Regional de SENAME.

Se sugiere, existiendo la factibilidad, se incorpore a representante/s de Atención Primaria de Salud (APS) del o los Servicio(s) de Salud respectivos, con el fin de incorporar en la mirada de la intervención de salud de los adolescentes y jóvenes todas aquellas variables asociadas a salud integral vinculadas a la atención primaria.

Asimismo que los representantes de las instituciones que participan de la mesa tengan experiencia, preferentemente, en temáticas de adolescentes y jóvenes, en el área de la salud mental y/o en elabore de consumo de alcohol y drogas.

La constitución de la Mesa debe quedar estipulada en un documento formal, en donde se indiquen las instituciones, los representantes que la constituyen y un subrogante (quien asistirá cuando el representante, por razones de fuerza mayor no pueda asistir), las principales funciones de la Mesa y la periodicidad de las reuniones, el que debe contar con la firma de sus integrantes. Una copia de dicho documento debe ser enviado para conocimiento de la Mesa Nacional, a través del/ la representante de SENDA, durante el primer mes de vigencia del convenio.

Será el/la representante del Área de Tratamiento de la Dirección Regional de SENDA quien coordinará administrativamente el funcionamiento de la Mesa.

En caso que, por razones de fuerza mayor, exista una subrogancia, se debe cautelar que el representante oficial de la mesa se interiorice de las temáticas tratadas y de los acuerdos adoptados.

Cabe señalar que, de ser necesario, según las temáticas a abordar, las contingencias regionales, la resolución de situaciones críticas, áreas de desarrollo técnico, entre otros, se considere invitar a otros actores a la Mesa Regional, en acuerdo de todos sus integrantes, a fin de contar con mayor información y/o complementar miradas y acciones, por ejemplo, encargado profesiones médicas, representantes del intersector, representante de centros de tratamiento, supervisor de Sename, representante de SENAME (Protección de Derechos), Seremi Desarrollo Social, agentes de la red local, u otros

Funciones:

Las principales funciones de la Mesa regional son las siguientes:

- f) Realizar el seguimiento y apoyo a la implementación y gestión técnica del Programa.
- g) Realizar un análisis y evaluación de la ejecución y del desarrollo del Programa en los centros prestadores públicos y privados en la respectiva región, considerando los niveles de ejecución, los procesos de gestión de la calidad, datos relevantes del sistema de información y otros elementos que la región estime pertinente.
- h) Realizar un análisis permanente de resultados de tratamiento en virtud de la información disponible. (Por ejemplo, información de SISTRAT, ficha de monitoreo, informes semestrales y anuales del nivel nacional, etc.).
- i) Organizar y gestionar una respuesta integral al consumo problemático de sustancias e integrada a la red de salud y psicosocial de la región respectiva.
- j) Formular una propuesta y opinión técnica para la definición de la asignación anual de las diversas modalidades de atención contempladas en el Programa a ser ejecutadas por los establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones e indicadores establecidos (prevalencia, brechas, necesidades locales, proyecciones SENAME y GENCHI, entre otras), la que será entregada al nivel central del Ministerio de Salud y del SENDA, considerando las observaciones de SENAME y GENCHI.
- k) Formular una propuesta y opinión técnica para la definición de las líneas de servicio contempladas en el Programa a ser licitadas y ejecutadas por oferentes privados, de acuerdo a las evaluaciones e indicadores establecidos (prevalencia, brechas, necesidades locales, proyecciones SENAME y GENCHI, entre otras), la que será entregada al nivel central del Ministerio de Salud y del SENDA, considerando las observaciones de SENAME y GENCHI.
- l) Formular propuestas al nivel central de MINSAL y de SENDA sobre eventuales reasignaciones, modificaciones y/o términos de convenios, con la opinión técnica de SENAME y GENCHI, según el procedimiento establecido en el Convenio de Colaboración Técnica, sus documentos anexos y/o los respectivos convenios de colaboración o contratos de compra de servicios.

- **Reuniones de trabajo:**

La Mesa debe reunirse al menos con frecuencia mensual, además de realizar reuniones extraordinarias en caso que fuere requerido. Es relevante contar con las actas correspondientes de cada reunión (se sugiere turnarse entre los representantes de las instituciones) y asegurar que se haga llegar a todos los participantes, a fin que cuenten con la misma información de manera oportuna. El representante del Área de Tratamiento de la Dirección Regional SENDA debe ser el encargado de conservar las actas por si fuere necesario acudir a ellas.

Las reuniones mensuales podrán ser suspendidas por acuerdo de las partes integrantes de la mesa y existiendo razones fundadas.

- **Planificación anual:**

La planificación de las Mesas Regionales es una acción relevante para la organización y gestión del Convenio. El propósito de ésta es programar, entre todos los integrantes de la Mesa, las acciones que se llevarán a cabo durante el año, considerando tanto aquellas de carácter permanente o habitual como aquellas transitorias que hayan sido priorizadas por su relevancia a nivel regional.

Dentro de las acciones a incorporar en dicha planificación se encuentran:

- Revisar en conjunto el Convenio de Colaboración Técnica, evaluando las modificaciones, hitos importantes del funcionamiento de la Mesa, clarificar los roles y funciones de cada institución involucrada, así como consensuar acuerdo para dar cumplimiento de los compromisos adoptados.
- Evaluar el funcionamiento y respuesta de los planes de tratamiento existentes para los procesos de reasignación presupuestaria establecidos en los respectivos convenios con los prestadores (públicos y privados), tomando en consideración una posible continuidad, aumento o descenso de planes. Esta evaluación debe ser efectuada por todos los integrantes del Convenio, para que exista consenso por parte de los distintos actores.
- Revisar y analizar en conjunto, los elementos significativos observados en el proceso de las asesorías y el proceso de evaluación anual, respecto de los distintos programas de tratamiento.
- Revisar en conjunto los principales resultados de los Planes de Trabajo Anuales con cada programa, a partir de los informes semestrales y anuales.
- Levantar necesidades, planificar y efectuar capacitaciones regionales y/o macrozonales, para abordar temáticas específicas de necesidad regional, según evaluación realizada por la misma Mesa.

- Revisar los Planes de Situaciones Críticas implementados e identificar resultados concretos al respecto, de acuerdo a los procedimientos establecidos para ello (Documento Gestión de Calidad).
- Remitir los antecedentes de Situaciones Críticas a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio, cuando no sea posible abordarlas desde el nivel regional, de acuerdo a los formatos y mecanismos establecidos para ello (Documento Gestión de Calidad). Esto se realizará a través del Director Regional de SENDA.
- Apoyar la implementación e instalación de los nuevos Programas en la región.
- Analizar los datos que se dispongan (estudios de prevalencias, datos SISTRAT, u otros) respecto a perfiles de consumo, brechas y nudos críticos, tanto de la población atendida como de la población regional general.
- Definir y realizar hitos a lo largo del año, ya sean de gestión como comunicacionales, de acuerdo a las necesidades e intereses locales.

Para lo anterior, se requiere que la Mesa Regional elabore por escrito dicha planificación, la que debe ser sancionada a más tardar el 30 de Marzo. Para el 2016, este plazo se extiende excepcionalmente al 30 de abril. Ésta debe al menos, contener objetivos y acciones a realizar, los productos esperados y las temáticas a abordar, durante los 12 meses siguientes a la elaboración de la planificación, siendo remitida a cada referente del nivel nacional del Convenio, según corresponda.

La ejecución de esta Planificación debe ser monitoreada de manera permanente, realizando los ajustes necesarios de acuerdo a las necesidades que surjan, debiendo ser evaluada en su cumplimiento para la construcción de la planificación del período siguiente.

3. Coordinación con la Mesa Nacional de Gestión del Convenio:

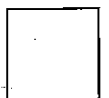
Con el objetivo de conocer el funcionamiento de las Mesas Regionales y poder apoyar la gestión de éstas, es que el nivel central podrá solicitar el envío de información durante el año, la que podrá referirse a las principales temáticas abordadas durante el periodo, el cumplimiento de objetivos según la planificación anual, la capacidad resolutoria de la mesa, nudos críticos asociados al funcionamiento de la mesa y ejecución del convenio, aspectos favorecedores del proceso de ejecución, periodicidad de las reuniones u otros aspectos que sean considerados como relevantes y/o que requieran ser discutidos y analizados por la Mesa Nacional.

Además de lo anterior, se podrán generar otras instancias de coordinación, tales como la realización de videoconferencias, que permitirán entre otros, traspasar desde el nivel nacional al regional, la información de aspectos que han sido trabajados y discutidos a ese nivel, como también profundizar en las temáticas propias de la gestión de las Mesas Regionales.

Si bien se espera una alta resolutiveidad de las mesas de cada región, en ocasiones se requiere contactar a la Mesa Nacional con el fin de solicitar apoyo, aportar antecedentes o poner en conocimiento hechos o situaciones que les parezcan relevantes. Para esto, cada representante puede contactar a su contraparte a nivel nacional, siendo responsabilidad del representante de región informar de ello a los otros miembros de la Mesa Regional, como también responsabilidad del profesional del nivel nacional informar a los demás miembros de la Mesa Nacional. Se sugiere que dicha comunicación se realice por escrito, vía correo electrónico.

SUPERVISIÓN DE CONVENIOS

**CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA
SENDA – MINSAL – SENAME – GENCHI**



Esta Supervisión tiene como objetivo resguardar el adecuado cumplimiento de los contratos celebrados entre SENDA y los Prestadores que ejecutan planes de tratamiento para adolescentes y jóvenes que ingresan al sistema penal por ley 20.084, que presentan consumo problemáticos de drogas y alcohol.

Para el cumplimiento de lo anterior, la Unidad de Cumplimientos de Contratos, dependiente de la División Jurídica de SENDA, ejercerá las funciones de supervisión general de los contratos y convenios suscritos, debiendo coordinar e implementar los procedimientos administrativos correspondientes y de comunicación con las partes de este convenio cuando fuese pertinente, de acuerdo a lo establecido en el convenio vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN

- Supervigilar y velar por el adecuado cumplimiento del convenio suscrito por parte de prestadores públicos y privados.
- Proponer y monitorear medidas para la corrección y/o mejoría de aspectos evaluados como perfectibles, durante el proceso de supervisión.
- Velar por la correcta utilización de los recursos asignados para la provisión de un tratamiento de calidad en el marco del convenio.

En este marco, existen dos tipos de procedimientos de supervisión, a saber:

1. Supervisiones ordinarias:

Corresponde a aquellas supervisiones aleatorias mediante visitas sin previo aviso, cada vez que SENDA lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Esta debe realizarse al menos una vez al año.

2. Supervisiones extraordinarias:

Corresponde a aquellas supervisiones referidas a hechos que significaren denuncias de usuarios o de terceros respecto de incumplimientos de los convenios y, en general, de toda situación anómala que haya sido comunicada a SENDA mediante un procedimiento distinto del establecido para la Supervisión Ordinaria y que afecte el correcto funcionamiento de un Centro de Tratamiento. Este proceso de supervisión extraordinaria podrá incluir la aplicación de la Pauta de Supervisión o la implementación de un proceso que se determine necesario para levantar información específica y/o general del funcionamiento del programa.



Este proceso no reemplaza, condiciona ni interfiere con la responsabilidad propia de la Autoridad de Salud Regional, ni con los Servicios de Salud, en relación a la fiscalización y supervisión a los centros prestadores de atención de salud que funcionan en los respectivos territorios de su jurisdicción. De igual forma, este proceso no sustituye ni interrumpe la asesoría técnica de acuerdo a lo establecido en documento "Gestión de la Calidad"

Contenido de las Supervisiones Ordinarias

A lo menos una vez al año, se aplicará el instrumento Pauta de Supervisión de Contrato a cada uno de los Centros o Programas de Tratamiento en convenio. La Unidad de Administración y Finanzas Regional de SENDA, será la responsable que se ejecute en terreno el proceso de supervisión ordinaria de convenios. Por su parte, la División de Administración y Finanzas de SENDA será la responsable supervisar y analizar técnicamente, así como de coordinar e implementar los procedimientos para la adecuada supervisión.

Este instrumento permite recopilar información vinculada a:

- La verificación de la existencia de documentos requeridos de acuerdo a las normativas vigentes.
- La vigencia de la Autorización Sanitaria, para los centros privados (exceptuando los ambulatorios intensivos en medio privativo y en secciones juveniles), no exigiéndose a los centros públicos, si no fuera el caso, o centros con planes en centros privativos de libertad.
- Aspectos vinculados a documentación y registro. Incluyendo el cotejo de información SISTRAT con el cotejo de la información registrada en Ficha Clínica, de acuerdo a los procedimientos establecidos para ello.
- La verificación de las condiciones generales y específicas del centro.
- Verificación de cumplimiento de gratuidad de la atención
- La infraestructura de cada centro, la que será evaluada en su mérito para los centros privados, públicos o en centros privativos de libertad.
- La verificación de los RRHH, el cumplimiento de horas profesionales y el

cumplimiento de los procesos de aviso de cambio profesional en el caso de los prestadores privados.

La aplicación de la Pauta de Supervisión será de responsabilidad de UAF regional de SENDA. Excepcionalmente, puede ser en conjunto con el/la Encargado/a de Tratamiento Regional en casos que involucren ámbitos técnicos sobre los cuales se solicite apoyo. De igual forma, podrá solicitarse la compañía del/a Encargado/a de Salud Mental o de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud que corresponda o de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, cuando se requiera. Asimismo los Gestores de Tratamiento podrán entregar insumos útiles para estos casos particulares que puedan servir de antecedentes al responsable de la aplicación de la presente Pauta

Este instrumento (detallado en los anexos de este documento), se utiliza como herramienta de supervisión y no debe ser utilizado como una encuesta. El registro de los datos se puede realizar: i) a medida que transcurra el diálogo con el Director del Programa, su representante legal y/o el encargado de la administración financiera del Centro o Programa, o quien cumpla esa función, ii) durante la visita a las instalaciones del centro, y/o iii) entrevista a usuarios del programa.

Los centros o programas de tratamiento están obligados, por términos acordados en el convenio, a proporcionar toda información que SENDA requiera según los objetivos acordados e informados para esta supervisión, respetando la normativa atinente sobre acceso a información personal o sensible.

Se debe tener en cuenta que la información que se solicita en esta pauta, debe ser contrastada con medios de verificación, los que deben estar a la vista del supervisor, si se encuentran disponibles en el lugar, al momento de la entrevista con el encargado administrativo financiero o quien cumpla esta función. De no estar disponibles, se consignará en la respectiva Pauta.

El Representante Legal de los centros privados o el responsable equivalente en el caso de los establecimientos públicos en convenio, instruirá a su **Encargado de la Administración Financiera del Centro** o a quien cumpla dicha función en el caso de los establecimientos públicos, generar las condiciones para que los funcionarios o asesores de SENDA puedan realizar las supervisiones en el centro o programa, en particular facilitar las condiciones necesarias y la información requerida, siempre que ésta se encuentre disponible en el lugar para el cumplimiento de los objetivos de la supervisión de los convenios. De no estar disponible, se consignará en la respectiva Pauta.

En el caso de establecimientos públicos, una vez aplicada la pauta de supervisión de convenios a centros o programas de tratamiento y rehabilitación públicos, en un plazo no superior a un día hábil, SENDA enviará vía correo electrónico al encargado/a de Salud Mental o quien lo subrogue del Servicio de Salud al que corresponde el centro o programa, el Anexo 1 de dicha pauta. El Servicio de Salud en un plazo no superior a diez días hábiles enviará por la misma vía, la información solicitada.

Una vez realizada la visita de supervisión y en el caso de los centros o programas públicos recibido el Anexo 1, debe elaborarse un **Informe de Supervisión**, que contiene una síntesis de los principales hallazgos obtenidos mediante la Pauta de Supervisión aplicada, por cada Centro o Programa de Tratamiento. Se debe emitir cada vez que se realice una visita de supervisión ordinaria a un centro o programa de tratamiento y rehabilitación. Dicho informe deberá ser redactado por el profesional que realice la visita y deberá contar con la visación de la Dirección Regional respectiva.

Posteriormente, deberá ser dirigido a la Unidad de Cumplimiento de Contratos, acompañado de la pauta de supervisión, quienes serán los responsables del análisis técnico de la información contenida en dicho informe.

Si la información levantada en la pauta de supervisión no da cuenta de situaciones que impliquen iniciar proceso sancionatorio, la Unidad de cumplimiento de contrato procederá a emitir un informe de cierre, que será remitido a la Dirección Regional respectiva y al Jefe del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio de los resultados de las visitas de supervisión.

Por otro lado, si la información levantada en la pauta de supervisión da cuenta de situaciones que impliquen iniciar proceso sancionatorio, la Unidad de Cumplimiento de Contratos, coordinará las acciones a seguir, que tengan por objeto obtener mayores antecedentes relativos a los hallazgos si corresponde. Podrán entre otras acciones, coordinar visitas de la Unidad de Cumplimiento de Contratos y, en definitiva, toda gestión destinada a conocer y constatar las deficiencias informadas. Lo anterior, sin perjuicio de las facultades que le corresponden a la Dirección Regional de SENDA respectiva de diseñar e implementar un plan de acción de mejora de los aspectos identificados como deficientes, independiente de la aplicación por parte de SENDA de las medidas establecidas en el respectivo convenio en cuanto a sanciones por incumplimiento de las obligaciones contraídas.

Unidad de Cumplimiento de Contratos procederá a la elaboración de un Informe que sintetice los principales hallazgos y las acciones a seguir, el que será remitido a la



Dirección Regional respectiva y a la Jefatura de División Programática, con copia a la jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio dicha información.

Una vez finalizado el proceso, sea que este concluya con sanción o no, la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a la elaboración de Informe de Cierre, el que será remitido a la respectiva Dirección Regional y a la Jefatura de la División Programática, con copia a la Jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio de los resultados de las visitas de supervisión.

Supervisiones Extraordinarias

Por otro lado y en el caso de información que llegue a conocimiento de la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA y que se levante por hechos que signifiquen, denuncias de usuarios o de terceros, incluyendo las instituciones firmantes del presente convenio u otras, respecto de incumplimientos de los convenio y, en general, toda situación anómala que afecte el correcto funcionamiento de un centro de tratamiento, comunicada mediante un procedimiento distinto del establecido para la Supervisión Ordinaria, la Unidad de Cumplimiento de Contrato, iniciará acciones que tendrán por objeto obtener y recabar mayores antecedentes y establecer procedimientos que permitan conocer y constatar las deficiencias informadas.

El proceso de iniciará con la oficialización a la División Jurídica de SENDA (Unidad de Cumplimiento de Contrato) desde las Direcciones Regionales con copia al Jefe de Tratamiento de Senda Nacional. Unidad de cumplimiento podrá coordinar una visita "extraordinaria", la que podrá tener en consideración la aplicación de la "Pauta de Supervisión" u otros procedimientos específicos que permitan levantar información puntual y específica de la situación a revisar.

Posterior a la visita, la Unidad de Cumplimiento de Contratos procederá a la elaboración de Informe que sintetice los principales hallazgos y las acciones a seguir, se detecte o no irregularidades en el funcionamiento del centro o programa y/o situaciones que pudiesen configurar un incumplimiento de contrato lo que será remitido a la Dirección Regional respectiva y a la Jefatura de División Programática, con copia a la jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio dicha información.

A si mismo si la situación se constituye en un incumplimiento de contrato se iniciarán los procedimientos establecidos y acordados en los respectivos convenios. Una vez finalizado el proceso, sea que este concluya con sanción o no, la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a la elaboración de Informe de Cierre, el que será remitido a la respectiva Dirección Regional de SENDA y a la Jefatura de la División Programática, con copia a la Jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio de los resultados finales de la supervisión.

**PAUTA DE SUPERVISIÓN DE CONVENIOS
CENTROS O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PRIVADOS**

Nombre Evaluador	
Cargo	
Región	
Fecha Visita	/ /
Hora de inicio	
Hora de término	

INFORMACION GENERAL			
A. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO / ENTIDAD DE TRATAMIENTO			
Razón Social Prestador			
Dirección			
Representante Legal			
Nombre del Centro de Tratamiento			
Dirección del Centro		Comuna	
		Región	
Director y/o encargado técnico del centro y/o programa			
Encargado al momento de la supervisión			
Correo electrónico Centro		Teléfono Centro	
Horario de Atención Centro		N° Línea de Servicio	

B. CANTIDAD DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO MENSUALES ASIGNADA AL CENTRO														
Población General (PG)			Población Mujeres (M)		Población Adolescente con Infracción de ley Medio Libre (ML)		Población Adolescente con Infracción Privativo de Libertad (MP)	Sección Juvenil (SJ)	Personas en Situación de Calle (Calle)	Libertad Vigilada (LV)			Población Infanto Adolescente (PAI-IA)	
PAB	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PAI	Calle	PAI	PR	PR-Fijo	PAI	PR

I) EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA

A) DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO	SI	NO	OBSERVACIONES	
¿Existe libro de reclamos, felicitaciones y sugerencias?				
¿Existe protocolo de gestión de reclamos?				
¿Existen reclamos relevantes en dicho libro?				
¿Existe calendario de actividades diarias?				
¿Existe Programa de Tratamiento y Rehabilitación por escrito y disponible?				
¿Existe Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación por cada usuario que contemple metas y plazos?				
¿Existe ficha que registre evolución actualizada del proceso terapéutico?				
¿Se aprecia orden administrativo en las dependencias del centro?				
¿Existe Informe de evaluación final al momento del egreso del usuario?				
¿Existe plan de emergencia y de prevención de riesgos?				
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?				
B) Autorización Sanitaria (omitir para Prestadores Privados que operen dentro de recintos penitenciarios como en el caso de las Secciones Juveniles y los Ambulatorios Intensivos para Medio Privativo de Libertad)	SI	NO	OBSERVACIONES	
¿Posee autorización sanitaria?				
¿Existe copia de resolución?				
N° de Resolución			Fecha de resolución	
¿El Coordinador Técnico del Centro de Tratamiento se encuentra autorizado por la Resolución sanitaria?				
Indicar fecha de la última visita de autoridad sanitaria, si corresponde				
Ha tenido sumario sanitario previo. Si es así, razones y fecha				

II) RECURSO HUMANO				SI	NO
Cargo 1		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnico último profesional si hubo cambio			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 2		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 3		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Prof. Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 4		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Prof. Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 5		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 6		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		

Observaciones				
Cargo 7		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas	
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional	
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional	
Observaciones				
Cargo 8		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas	
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional	
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional	
Observaciones				
Cargo 9		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas	
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional	
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional	
Observaciones				
Cargo 10		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas	
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional	
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional	
Observaciones				
Cargo 11		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas	
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional	
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional	
Observaciones				
Cargo 12		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas	
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional	
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional	

Observaciones	
---------------	--

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	NO
Para los centros residenciales, ¿están presentes los servicios de un manipulador de alimentos?		

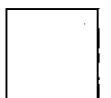
A.	OTRAS OBSERVACIONES RECURSOS HUMANOS

III) INFRAESTRUCTURA							
A. Información de Propuesta Técnica (si corresponde)	Presencia		Uso Exclusivo		Cantidad	Cumple	
	Si		Si	No		Si	No
Sala/s de atención individual							
Sala/s de atención grupal							
Sala/s de atención familiar							
Sala de espera							
Sala para el equipo							
Espacios habilitados para talleres y actividades deportivas							
Espacios de descanso							
Cocina y comedor separados de los espacios comunes							
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo							
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres							
Dormitorios con espacio y número de camas acorde al número de planes al que postula, separados para hombres y mujeres, si corresponde,							
Otros (Especificar)							
B. Condiciones de infraestructura	SI	NO	OBSERVACIONES				
Instalaciones sanitarias en buen estado de conservación y de operación							
¿Los servicios higiénicos cumplen con condiciones higiénicas y sanitarias?							
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios							
Existe calefacción/ventilación segura para usuarios y personal							
El manejo de la basura cumple con condiciones higiénicas y sanitarias							
Contenedor con tapa para el almacenamiento transitorio de basura							
Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en condiciones de limpieza.							

Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural			
Dormitorios con equipamiento con condiciones adecuadas para la estadía de los usuarios (guardarropía, clóset y veladores)			
¿Dormitorios se encuentran aseados y ordenados?			
¿Existe sector de cocina para preparar alimentos?			

B. Condiciones de infraestructura (continuación)	SI	NO	OBSERVACIONES
Sector de cocina con equipamiento adecuado al número de raciones a preparar (vajilla, estantería, mesones y lavaplatos)			
Sector de cocina tiene piso y paredes lavables y bien ventiladas			
¿Sector de cocina cumple con las condiciones higiénicas y sanitarias?			
¿Existen elementos de recreación para los usuarios (música, televisor, revistas y juegos)?			
Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención			
Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones			
Existe iluminación natural y artificial			
Se evidencian deficiencias en la infraestructura que representen posibles riesgos para usuarios y/o profesionales.			
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?			
¿Existe extintor con su mantenimiento y carga al día?			
¿Existen vías de evacuación debidamente señalizadas?			
C. OTRAS OBSERVACIONES DE INFRAESTRUCTURA			

IV) REGISTRO SISTRAT					
				<u>SI</u>	<u>NO</u>
¿Se encuentran actualizadas las claves de acceso al sistema SISTRAT?					
PRESTACIONES MÉDICAS					
CÓDIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES	
1					
2					
3					
4					
5					
A. TOTAL DE PRESTACIONES REGISTRADAS PARA LA MUESTRA DURANTE EL PERIODO					
(Realizar cotejo del total de prestaciones registradas en SISTRAT para una muestra aleatoria de usuarios por plan, del último mes cerrado, contra lo anotado en las fichas clínicas de los mismos usuarios considerados en la muestra. Esta revisión debe realizarse en forma conjunta con el Director/Encargado Técnico del centro o quien lo represente, y resguardando la privacidad de la información de los usuarios.)					
CODIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
B. OBSERVACIONES: REGISTRO SISTRAT					



IV) ACUERDOS Y CONCLUSIONES DE LA SUPERVISION

--

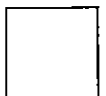
Nombre y Firma Encargado
Centro o Programa de Tratamiento

Nombre y Firma Encargado
Supervisión del Convenio

VI) ENTREVISTAS A USUARIOS

USUARIO 1	SI	NO
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mí puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		
USUARIO 2	SI	NO
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mí puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		

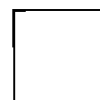
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		
USUARIO 3	SI	NO
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		



**PAUTA DE SUPERVISIÓN DE CONVENIOS
CENTROS O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PÚBLICOS**

Nombre Evaluador	
Cargo	
Región	
Fecha Visita	/ /
Hora de inicio	
Hora de término	

INFORMACION GENERAL			
A. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO / ENTIDAD DE TRATAMIENTO			
Servicio de Salud o entidad pública			
Dirección			
Director Servicio de Salud o entidad pública			
Tipo de establecimiento donde se ejecuta el Programa (Hospital, COSAM, CRS, APS, Centro de tratamiento u otros) Especificar			
Nombre establecimiento donde se ejecuta el Programa			
Dirección del Centro o Programa	Comuna		
	Región		
Director y/o encargado técnico del centro y/o programa			
Encargado al momento de la supervisión			
Correo electrónico Centro o Programa	Teléfono Centro o Programa		
Horario de Atención Centro o Programa			



B. CANTIDAD DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO MENSUAL ASIGNADA AL CENTRO															
Población General (PG)			Población Mujeres (M)		Población Adolescente con infracción de ley Medio Libre (ML)		Población Adolescente con infracción Privativo de Libertad (MP)		Sección Juvenil (SJ)	Personas en Situación de Calle (Calle)	Libertad Vigilada (LV)			Población Infanto Adolescente (PAI-IA)	
PAB	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PAI	Calle	PAI	PR	PR-Fijo	PAI	PR	

I) EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA

A) DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO	SI	NO	Disponible en otro lugar. Señale	OBSERVACIONES
¿Existe libro de reclamos, felicitaciones y sugerencias?				
¿Existe protocolo de gestión de reclamos?				
¿Existen reclamos relevantes en dicho libro?				
¿Existe calendario de actividades diarias?				
¿Existe Programa de Tratamiento y Rehabilitación por escrito y disponible?				
¿Existe Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación por cada usuario que contemple metas y plazos?				
¿Existe ficha que registre evolución actualizada del proceso terapéutico?				
¿Existe Informe de evaluación final al momento del egreso del usuario?				
¿Existe plan de emergencia y de prevención de riesgos?				
¿Se aprecia orden administrativo en las dependencias del centro?				
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?				

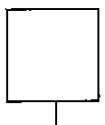
B) Autorización Sanitaria (omitir para Prestadores Públicos que operen dentro de recintos penitenciarios como en el caso de las Secciones Juveniles y los Ambulatorios Intensivos para Medio Privativo de Libertad)	SI	NO	OBSERVACIONES (Consignar por ejemplo, si no corresponde que la tenga, si se encuentra disponible en otro lugar y cualquier otra información relevante)	
¿Posee autorización sanitaria?				
¿Existe copia de resolución?				
N° de Resolución			Fecha de resolución	
¿El Coordinador Técnico del Centro de Tratamiento se encuentra autorizado por la Resolución sanitaria?				
Indicar fecha de la última visita de autoridad sanitaria, si corresponde				
Ha tenido sumario sanitario previo. Si es así, razones y fecha				

II) RECURSO HUMANO ESPECÍFICO PARA EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO					SI	NO	Disponible en otro lugar. Señale
CARGO 1 Profesión		N° de Horas Semanales totales	N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
CARGO 2 Profesión			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
CARGO 3 Profesión			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
CARGO 4 Profesión			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
CARGO 5 Profesión			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
CARGO 6 Profesión			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
CARGO 7 Profesión			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			

III) INFRAESTRUCTURA (de las dependencias utilizadas por el programa, o del centro si es exclusivo, según corresponda)					
A. Disponibilidad de Espacios	Presencia	Uso Exclusivo		Cantidad	
	Si	Si	No		
Sala/s de atención individual					
Sala/s de atención grupal					
Sala/s de atención familiar					
Sala de espera					
Sala para el equipo					
Espacios habilitados para talleres y actividades deportivas					
Espacios de descanso					
Cocina y comedor separados de los espacios comunes, cuando corresponde					
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo					
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres					
Dormitorios con espacio y número de camas acorde al número de planes al que postula, separados para hombres y mujeres, si corresponde.					
Otros (especificar)					
B. Condiciones de infraestructura	Si	NO (en caso de consignar, fundamentar)	NO APLICA	OBSERVACIONES /FUNDAMENTOS	
Instalaciones sanitarias en buen estado de conservación y de operación					
¿Los servicios higiénicos cumplen con condiciones higiénicas y sanitarias?					
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios					
Existe calefacción/ventilación segura para usuarios y personal					
El manejo de la basura cumple con condiciones higiénicas y sanitarias					
Contenedor con tapa para el almacenamiento transitorio de basura					
Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en condiciones de limpieza.					
Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, si corresponde					
Dormitorios con equipamiento con condiciones adecuadas para la estadía de los usuarios (guardarropía, clóset y veladores), si corresponde					
¿Dormitorios se encuentran aseados y ordenados?, si corresponde					
¿Existe sector de cocina para preparar alimentos?					

B. Condiciones de infraestructura (continuación)	Si	NO (en caso de consignar, fundamentar)	NO APLICA	OBSERVACIONES /FUNDAMENTOS
Sector de cocina con equipamiento adecuado al número de raciones a preparar (vajilla, estantería, mesones y lavaplatos)				
Sector de cocina tiene piso y paredes lavables y bien ventiladas				
¿Sector de cocina cumple con las condiciones higiénicas y sanitarias?				
¿Existen elementos de recreación para los usuarios (música, televisor, revistas y juegos)?				

Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención				
Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones				
Existe iluminación natural y artificial				
Se evidencian deficiencias en la infraestructura que representen posibles riesgos para usuarios y/o profesionales.				
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?				
¿Existe extintor con su mantenimiento y carga al día?				
¿Existen vías de evacuación debidamente señalizadas?				
C.	OTRAS OBSERVACIONES DE INFRAESTRUCTURA			



IV) REGISTRO SISTRAT				
			<u>SI</u>	<u>NO</u>
¿Se encuentran actualizadas las claves de acceso al sistema SISTRAT?				
PRESTACIONES MÉDICAS				
CÓDIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
A. TOTAL DE PRESTACIONES REGISTRADAS PARA LA MUESTRA DURANTE EL PERIODO				
(Realizar cotejo del total de prestaciones registradas en SISTRAT para una muestra aleatoria de usuarios por plan, del último mes cerrado, contra lo anotado en las fichas clínicas de los mismos usuarios considerados en la muestra. Esta revisión debe realizarse en forma conjunta con el Director/Encargado Técnico del centro, y resguardando la privacidad de la información de los usuarios.)				
CODIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
B. OBSERVACIONES: REGISTRO SISTRAT				



IV) ACUERDOS Y CONCLUSIONES DE LA SUPERVISION

--

Nombre y Firma Encargado
Supervisión del Convenio

Nombre y Firma Encargado
Centro o Programa de Tratamiento

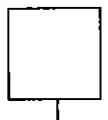
V) ENTREVISTAS A USUARIOS

USUARIO 1	SI	NO
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El usuario ha sufrido algún cobro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de la última atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones		
USUARIO 2	SI	NO
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		
USUARIO 3		
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)	SI	NO
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		

ANEXO 1

REFERENTES SERVICIO DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
Respecto de este centro, convenio se encuentra debidamente tramitado. (Municipios, cesfam, hospital etc.) (Consignar con quien se firma el convenio)			
¿Las facturas son enviadas dentro del plazo a oficina regional de Senda?			
¿Se encuentran traspasados por parte del SENDA los recursos asociados a la ejecución de los planes de tratamiento a la fecha?			
¿Se encuentran traspasados al municipio u otro si corresponde, los recursos asociados a la ejecución de los planes de tratamiento a la fecha?			
Los gastos asociados al programa ¿se ingresan bajo que ítem presupuestario al Servicio de Salud o entidad pública?			



El RRHH ¿bajo qué ítem presupuestario se encuentra contratado?			
Si el RRHH se encuentra a honorario, ¿cuenta con algún beneficio laboral? (por ejemplo, vacaciones)			
Los profesionales y técnicos ¿cuentan con horas exclusivas para el programa? Si no, ¿Cuánto se estima que destina cada uno?			

Informe de supervisión al centro o programa de tratamiento y rehabilitación

Nombre Evaluador	
Cargo	
Región	
Fecha Visita	/ /

Nombre del Centro de Tratamiento	
Región	
Encargado al momento de la supervisión en el centro	

Síntesis de los resultados de la supervisión
De haber aspectos que puedan ser conducentes a alguna sanción, señale brevemente
Brevemente refiera las principales acciones a seguir por el equipo de la Dirección Regional respecto del abordaje de los resultados

Fecha de informe

Nombre y firma de Director/a Regional



GESTIÓN DE LA CALIDAD

CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA

SENDA – MINSAL – SENAME - GENCHI

ÍNDICE

Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Sistema Asesoría.....	9
Sistema Evaluación.....	22
Anexos Asesoría.....	28

“Concentramos sobre la Calidad ayuda a asegurar que los escasos recursos disponibles se emplean de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema”

**Mejora de Calidad en Salud Mental
OMS 2007**

Introducción

Pensar en calidad y en desarrollar procesos que nos permitan la mejora de ésta nos impone el importante desafío de ir más allá de entregar un servicio, centrándonos en los procesos de atención y sus resultados, en la satisfacción usuaria y en la eficiencia del uso de recursos, considerando además la responsabilidad que cabe respecto del adecuado uso de los recursos públicos, entre otros aspectos. Nos insta a una actitud proactiva para prevenir y resolver oportunamente dificultades, poniendo el énfasis en otorgar el mayor beneficio posible en la atención de los usuarios y prevenir que se incrementen los riesgos. Es decir, no solamente focalizarse en las problemáticas pasadas, sino también asegurar los cuidados efectivos en el futuro. La calidad debe comprenderse, por lo tanto, desde una perspectiva multidimensional.

Relevar la importancia de la calidad y la gestión de la calidad en los procesos de intervención en el ámbito de la salud, implica acoger un mandato de carácter ético. La intervención sanitaria demanda reconocer al sujeto tanto en su vulnerabilidad como respecto de sus recursos y potencialidades y exige la búsqueda de una atención de excelencia: *“la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar”*¹. La intervención centrada en las personas no puede hacerse sin mediar la reflexión crítica de la organización respecto de qué es lo bueno, lo justo y cuáles son las estrategias, metodologías y acciones específicas para su consecución.

De este modo, el objetivo central de la Gestión de Calidad es desarrollar progresivamente una cultura de la calidad en los equipos de atención, a través de la entrega de herramientas específicas que permitan revisar la propia práctica, identificando los nudos críticos y las fortalezas en el funcionamiento y gestión de los programas de tratamiento.

¹ Sen, Amartya, ¿Por qué Equidad en Salud?, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol 11 N° 5-6, Washington, Junio 2006.

SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI preocupados por una atención de calidad en el contexto de la red de centros y programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático en el marco de este convenio, incorpora a través de este documento, **la gestión de la calidad de la atención** en el desarrollo de programas de tratamiento en convenio e incluye como mecanismos esenciales en este proceso: **la asesoría y la evaluación.**

Antecedentes

Calidad en salud se entiende como “condición de la organización sanitaria, que de acuerdo a una caracterización y normativa claramente definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas y seguras, que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”²

La calidad se configura a partir de un conjunto de dimensiones³, a saber:

DIMENSIONES	DEFINICIÓN
Accesibilidad	Es la facilidad con que la persona usuaria obtiene la atención sanitaria en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. Es importante saber si la atención llega a quién la necesita y cuando la necesita. En esta dimensión es relevante reconocer que las barreras existen, identificarlas y medirlas, implementar soluciones creativas e innovadoras para resolverlas y mantener (institucionalizar) las soluciones, si ellas resultan útiles.
Oportunidad	Es la prestación de servicios, en condiciones adecuadas, cuando la persona lo necesite, sin tiempos de espera, que excedan lo técnicamente indicado. Considera definir estrategias para el manejo de las listas de espera. También la oportunidad se refiere a recibir atención de salud en estadios precoces de la manifestación del problema.
Derechos de las personas usuarias	Se refiere a todos aquellos aspectos relativos al respeto a la dignidad de las personas y al respeto a las normativas legales que surgen de los procesos de atención y de la condición de persona. Entre otros aspectos considera el control de la distribución y difusión de la información y datos personales a los que se accede en el marco del proceso de atención, a través del cuidado en el manejo de los “datos sensibles” registrados en documentos escritos y en la divulgación oral de la información. Considera también el correcto desarrollo del proceso de consentimiento informado que reconoce la autonomía de las personas usuarias respecto de su tratamiento, el acceso a la información suficiente y adecuada para la toma de decisiones y el resguardo de la privacidad y confidencialidad de la información generada en el marco del proceso de atención. Todo lo anterior en el marco del trato respetuoso y considerado.
Calidad técnica o	Hace referencia a la capacidad de los integrantes del Equipo de Salud de utilizar el

² Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental. Minsal (2007).

³ Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. Ministerio de Salud (2012).

competencia profesional	más avanzado nivel de conocimientos, habilidades, destrezas y juicio profesional para abordar los problemas de salud y brindar satisfacción a la persona usuaria, entre otros considera la calidad del diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Contempla el ejercicio ético de la profesión, la calidad de las relaciones interpersonales al interior del equipo, como con las personas usuarias, sus familias y otros actores vinculados al proceso de atención
Continuidad	La continuidad es la atención integral de las persona en un sistema integrado, es decir, que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas e instituciones, considerando el episodio de la trayectoria en que se encuentre cada persona. Implica comprender que el logro de los resultados terapéuticos trasciende a los límites de un programa o dispositivo específico, que requiere del tránsito de la persona por una RED de atención articulada, considerando: <ul style="list-style-type: none"> • Atención permanente y sin interrupciones dentro de un mismo programa. • Atención sin interrupciones, entre diferentes niveles de atención del sistema • Atención sin interrupciones dentro del sistema, a lo largo del curso de vida de la persona • Atención paralela en distintos dispositivos sanitarios en respuesta a la multiplicidad de necesidades de salud que pueda presentar una persona. • Continuidad dada por la calidad de la información que se transfiere en los procesos de derivación • Coordinación intersectorial
Efectividad	Es la medida en que una determinada atención, mejora el estado de salud del que la recibe, logrando los mejores resultados posibles con los recursos disponibles.
Eficiencia	Se refiere a otorgar el mayor beneficio posible, al menor costo razonable. Vincula calidad y costo y plantea saber calcular costos reales y estar conscientes de que si los costos se disminuyen bajo cierto límite, ello puede terminar alterando la calidad del servicio.
Satisfacción Usuaría	Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas de las personas. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Considera la adaptación de la atención a las expectativas, deseos y a los valores de las personas usuarias. Algunos factores que inciden en el grado de satisfacción son la edad de la persona usuaria, el estado físico y mental previo a la atención, experiencias previas en el sistema, la accesibilidad a la atención, la información recibida, la organización de la atención, la competencia profesional percibida, la mejoría de la salud percibida, etc.
Seguridad	Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación del servicio, tanto para la persona usuaria como para el prestador.
Comodidades, Amenidades o Confort	Esta dimensión incluye todas las condiciones ambientales en que un servicio se otorga. Considera salas de espera confortables, amplias, ventiladas, iluminadas, con asientos adecuados, boxes bien habilitados, que respeten la privacidad de la atención, condiciones de calefacción apropiadas, manejo de la contaminación acústica, mantenimiento y aseo.

En relación con lo anterior y considerando lo planteado por las OMS⁴, la valoración y comprensión de la calidad de atención en salud involucra una variedad de perspectivas, de acuerdo a los distintos actores que participan en el proceso y sus diferentes percepciones. A saber:

⁴ Mejora de la Calidad de la Salud Mental. OMS (2007)

- Desde la perspectiva de la persona usuaria y su familia, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo de la persona tratante, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad.
- Desde la perspectiva del prestador, la valoración de la calidad puede centrarse en los aspectos científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como certificaciones y experiencia de los profesionales y la tecnología disponible.
- Desde la perspectiva del pagador del servicio, la característica que más valora es la eficiencia, es decir, lograr el mayor beneficio al menor costo.

En este marco es fundamental evaluar la calidad y se han establecido cuatro principales razones de por qué es importante medirla⁵:

- a) Para ayudar a los/las usuarios/as a realizar elecciones informadas sobre su salud;
- b) Para ayudar a los/as usuarios/as y equipos a tomar decisiones informadas sobre los planes terapéuticos;
- c) Para ayudar a los equipos a mejorar la atención que prestan;
- d) Para proporcionar información a los procesos de decisión económica.

Por otro lado, la **gestión en calidad** en salud ha sido definida como un conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos de los usuarios.⁶ Dentro de estas acciones, se enfatiza en la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional, como herramientas puestas a disposición de los equipos de salud para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

La gestión entonces, permite incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias otorgadas en los centros y programas de tratamiento; disminuir la variabilidad de la práctica clínica; mejorar la efectividad y la eficiencia en la toma de decisiones; usar los recursos de salud en servicios con valor demostrado para la mejora de salud de las personas e incorporar a los profesionales en la gestión de los

⁵ Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario. Ministerio de Salud (2012).

⁶ Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental. Minsal (2007).

recursos utilizados en su propia práctica y, a fin de mejorar la efectividad de las decisiones; entre otros.

Un sistema de gestión de calidad se concibe en el marco del desarrollo de procesos de mejora continua⁷, que se refiere al hecho de que nada puede considerarse como algo terminado o mejorado en forma definitiva. Estamos siempre en un proceso de cambio, de desarrollo y con posibilidades de mejorar; en busca permanente de la excelencia del servicio y los procesos que lo sustentan. Estos procesos no son estáticos, sino más bien son dinámicos en constante evolución. Y este criterio se aplica tanto a las personas, como a las organizaciones y sus actividades.

El esfuerzo de mejora continua, es un ciclo, a través del cual identificamos un área de mejora, planeamos cómo realizarla, la implementamos, verificamos los resultados y actuamos de acuerdo con ellos, ya sea para corregir desviaciones o para proponer otra meta más retadora.

Este ciclo permite la renovación, el desarrollo, el progreso y la posibilidad de responder a las necesidades cambiantes de nuestro entorno, para dar un mejor servicio o producto a nuestros usuarios.

Los siguientes capítulos describen los dos mecanismos esenciales que MINSAL, SENDA, SENAME y GENCHI han definido para la gestión de la calidad de los programas de tratamiento de drogas y alcohol: **la asesoría y la evaluación.**

⁷ http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/la_mejora_continua.pdf

I.- SISTEMA DE ASESORÍA A LOS EQUIPOS DE CENTROS Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Se entenderá la Asesoría como un proceso de acompañamiento al equipo tratante⁸, que consiste en brindar orientación y apoyo mediante la sugerencia y/o la entrega de información relevante y atinente al tratamiento y los procesos asociados a éste. Es un proceso que fomenta la capacidad reflexiva de los equipos respecto a su práctica de manera participativa, facilitando la detección de problemas, así como el acompañamiento en la resolución de éstos, el reconocimiento y reforzamiento de actividades bien ejecutadas y la propuesta de soluciones correctoras atinentes, cuando corresponda.

En el marco del presente Convenio, esta asesoría es un proceso continuo dirigido específicamente a proveer apoyo técnico a los equipos ejecutores de los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias técnico-clínicas, favorecer la coordinación y trabajo en red y fortalecer la organización de los programas y equipos de tratamiento, a fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a las personas usuarias, de acuerdo a sus necesidades y recursos.

OBJETIVOS GENERALES

- Contribuir a la mejora continua y progresiva de los programas de tratamiento, favoreciendo el desarrollo de una cultura de la calidad en los equipos.
- Orientar y apoyar a los equipos en el diseño, implementación y desarrollo de un programa de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, resolutivo y de calidad.

Objetivos específicos

- Contribuir al desarrollo de destrezas, habilidades y competencias de los equipos, que permitan mejorar las distintas dimensiones de un servicio de calidad.
- Promover y fortalecer el desarrollo de estrategias terapéuticas eficaces para el proceso de recuperación de las personas usuarias.

⁸ Incluye todas las modalidades de atención que contempla el Programa: PAI ML, PAI MP, PR, UHCE ML, UHCE MP, PAI SJ y quipos integrales licitados por GENCHI para la atención de jóvenes en las Secciones Juveniles.

- Favorecer la formación continua, la transferencia e intercambio de tecnologías y herramientas de acuerdo a las necesidades de los equipos.
- Favorecer en los equipos la reflexión crítica de sus prácticas, a fin de reforzar aspectos positivos y superar aquellos deficitarios.
- Promover la perspectiva de autocuidado y cuidado de los equipos
- Facilitar la continuidad de los cuidados de los/las usuarios/as a través del fortalecimiento y la gestión efectiva de la red de tratamiento y de salud general

RESPONSABLES

La responsabilidad de la implementación del Sistema de Asesoría recae en el equipo conformado por el Gestor de Calidad de SENDA Regional y un Profesional de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud correspondiente, quienes en conjunto con el equipo de cada centro deben acordar un plan de trabajo anual, debiendo contar con el apoyo técnico de SENAME y GENCHI cuando corresponda.

Para resguardar el desarrollo continuo de lo planificado, este equipo establecerá la metodología que permita que la ausencia de alguna de las partes asesoras, no dificulte el normal desarrollo del proceso de Asesoría y la obtención de resultados y productos. Para lo anterior, se requiere que la dupla asesora durante el primer trimestre del año elabore una planificación escrita de visitas de asesoría que contenga el centro o programa a visitar, número de visitas planificadas y de éstas, aquellas que se realizarán en conjunto, de acuerdo a la priorización que realice la dupla.

La conformación del equipo asesor permite complementar aproximaciones desde la atención, la intervención y la red como apoyo al desarrollo de cada programa, en las cuales también se incorpora y se integra la diversidad regional.

ORGANIZACIÓN DE LA ASESORÍA

Para el desarrollo de este proceso se requiere inicialmente la **planificación conjunta** entre el equipo del programa y el equipo asesor de los siguientes aspectos:

1. Co construcción de un plan de trabajo para el año (ver anexo N°1), que incluye contenidos, metas, resultados y productos a lograr, con sus respectivos plazos. Éste debe ser formulado en los tres primeros meses del año (o tres meses desde el inicio de la ejecución del convenio) y firmado por el equipo asesor y el Encargado del Programa de Tratamiento. Servirá como insumo para el punto de

partida de este plan entre otros elementos, la pauta de Evaluación aplicada el año anterior, si corresponde.

2. Definición de estrategias de coordinación para el desarrollo de la asesoría, estructurando un cronograma de reuniones y actividades
3. La evaluación de cumplimiento del plan de trabajo, realizada en función del cronograma con una periodicidad definida por el equipo asesor y el centro o programa de tratamiento, debiendo al menos realizarse una evaluación semestral, con corte al 30 de Junio y al 31 de diciembre.
4. El monitoreo de los resultados de tratamiento, que contemple entre otras variables: retención de usuarios, tiempos de espera, logro terapéutico, etc. debiendo al menos realizarse una primera evaluación en julio de cada año y una segunda evaluación en enero de cada año, considerando el periodo Enero – Junio y Enero – Diciembre, respectivamente.

Cabe destacar que esta planificación inicial puede ser modificada, según acuerdo entre las partes y/o situaciones emergentes, tales como observaciones realizadas a partir de la supervisión de centros o programas de tratamiento, sean estas conducentes a multas o sanciones, o no.

METODOLOGÍA

La implementación de la asesoría requiere de la construcción de una alianza de trabajo con los equipos de los centros o programas prestadores que facilite el cumplimiento de los objetivos de la gestión de calidad.

Esta Asesoría se desarrolla, por un lado a través de contactos y visitas programadas y acordadas previamente con los equipos de los centros o programas, además de otros contactos según los objetivos del plan, el diagnóstico de necesidades, los insumos entregados por la evaluación y otros elementos emergentes, abordándose aspectos y/o necesidades de desarrollo particulares de dicho centro o programa. La frecuencia de la Asesoría deberá ser definida considerando las fortalezas y debilidades que presenta cada centro en particular. Se espera que la frecuencia mínima de estas actividades no sea inferior a un periodo de dos meses, debiendo intensificarse en aquellos casos en que se presentan mayores necesidades de desarrollo y/o deficiencias

Así mismo, dicha asesoría se desarrolla además mediante reuniones, ampliadas con un grupo de centros, o bien reuniones de red; con una frecuencia definida de acuerdo a las necesidades particulares detectadas.

Es importante señalar que existen aspectos que pueden ser pesquisados en los procesos de asesoría que requerirán el involucramiento de actores distintos a la dupla asesora y el equipo técnico del Programa para su abordaje, por ejemplo, el Encargado de Tratamiento de SENDA, el Encargado de Salud Mental del Servicio de Salud, el Director Regional de SENDA, el Director del Servicio de Salud, el representante legal de una entidad privada, el Director de Salud de la respectiva Municipalidad, entre otros. Para lo anterior, se requiere que la dupla asesora ponga en conocimiento de sus respectivas jefaturas la necesidad, quienes serán los responsables de organizar las acciones correspondientes y el seguimiento de éstas. Sumado a lo anterior, la dupla asesora debe mantener el proceso de asesoría de acuerdo a lo planificado en los ámbitos que le competen.

Cada una de las actividades de asesoría tiene que ser registrada en el documento denominado Registro de Asesoría (ver anexo N°2), con el propósito de disponer de información de este proceso y retroalimentar al equipo tratante.

La asesoría considera, entre otras actividades:

- Acompañamiento en la instalación y desarrollo del programa terapéutico, que permita:
 - Anticipar dificultades potenciales en el desarrollo del programa de tratamiento.
 - Identificar necesidades de formación y capacitación de los equipos, relevando su importancia y canalizándolas en los niveles pertinentes.
 - Identificar y reforzar los aciertos en la intervención y en la implementación de los programas
- Discusión, análisis y reflexión de elementos teóricos que sustentan los modelos de intervención que guían la acción de los equipos y cómo éstos se operacionalizan en metodologías específicas de intervención.
- Discusión y análisis de casos clínicos (ver anexo N°3), con el propósito de facilitar la reflexión interdisciplinaria y la construcción conjunta de alternativas de resolución de dificultades en un proceso de tratamiento.
- Promoción de prácticas de autocuidado y cuidado de equipo de manera continua, que promuevan el bienestar del equipo, así como la detección y abordaje temprano de situaciones de agotamiento y sobrecarga.
- Apoyo en gestiones de redes, flujos de derivación y coordinación intersectorial, tanto para acciones que se abordan en redes sanitarias como aquellas de carácter psicosocial.

- Lectura y análisis de documentos, investigaciones, papers o artículos relacionados con las inquietudes y necesidades de formación del equipo u otro tipo de gestiones que permitan acceder a conocimientos, experiencias u otros profesionales expertos en materias específicas..
- Apoyo en el uso sistemas de registro y análisis de información; relevando la importancia del mismo para la gestión del programa.
- Asesoría y apoyo al centro de tratamiento en el monitoreo permanente de los resultados de tratamiento y las acciones de corrección necesarias.

Entre las temáticas que se sugiere abordar en este proceso de asesoría están:

- Gestión general del programa (actualización del programa terapéutico, sistemas de registro clínicos, flujograma de atención, procedimientos de referencia y contrareferencia, entre otros).
- Diagnóstico integral.
- Plan de tratamiento individual.
- Integración de enfoque de género e intercultural en el programa.
- Integración de enfoque evolutivo y ciclo vital.
- Desintoxicación, gestión de riesgos, prevención de recaídas.
- Comorbilidad
- Instrumentos de diagnóstico.
- Estrategias motivacionales
- Técnicas de intervención individual y grupal
- Intervención con familias
- Estrategias de apoyo a la integración social.
- Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Estrategias de autocuidado y cuidado de equipos a nivel individual, de equipo e institucional
- Estrategias de Trabajo en Red, complementariedad e integración de la intervención.
- Integración de Enfoque comunitario territorial.
- Conceptos y Estrategias de intervenciones especializadas para población en conflicto con la ley (enfoque criminológico, comprensión del circuito judicial, efectos de prisionización, etc.).
- Integración de la perspectiva de derechos de los/las usuarios/as y orientaciones para su ejercicio.
- Estrategias de reducción de estigma.
- Marco Normativo MINSAL y Aspectos legales relativos al tratamiento.

- Manejo de contingencias y casos críticos, incluyendo situaciones de riesgo suicida
- Aquellos elementos de gestión del programa que inciden en la intervención: infraestructura, conformación del equipo, protocolos y procedimientos, registro y análisis de datos, entre otros.

DETECCIÓN DE SITUACIONES CRÍTICAS

Durante el desarrollo de los programas de tratamiento y rehabilitación en los diferentes centros, se pueden presentar distintas situaciones problema que por su persistencia en el tiempo o la gravedad que revisten, se constituyen en críticas y requieren una estrategia de resolución de mayor complejidad.

Estas situaciones pueden ser detectadas en el contexto del desarrollo de la asesoría, como también pueden ser señaladas o evidenciadas en otras instancias y/o por otra/s persona/s relacionada/s con el programa de tratamiento (usuarios, familiares, representantes de SENAME, GENCHI u otros organismos vinculados, etc.), procesos de supervisión (conducentes a multas o sanciones, o no) u otras.

A su vez, pueden categorizarse en los siguientes ámbitos, entre otros:

Ámbito Técnico – Clínico: corresponde a todo lo concerniente a los componentes específicos, directa e indirectamente relacionados con la entrega de la atención. Se distinguen:

- Prácticas del equipo que conlleven detrimento en el clima organizacional.
- Falencias en el desempeño del equipo (ausencia o registros incompletos, omisión de algún procedimiento diagnóstico o de intervenciones para el apoyo al proceso de cambio terapéutico, alta tasa de abandono, , entre otras).
- Negligencias que afecten la recuperación o pongan en riesgo la vida de la persona en tratamiento
- Falencias en la coordinación intersectorial, que afecte los procesos de intervención y/o de continuidad de los cuidados.
- Condiciones deficientes de infraestructura y/o falta de equipamiento para realizar una adecuada atención.
- Falta de horas profesionales y/o técnicas que afecte el desarrollo y calidad de la ejecución del programa.
- Otros.

Ámbito Ético y de Derechos de las Personas Usuarias: incluye aspectos relacionados con el conjunto de normas éticas o morales que rigen la conducta profesional y humana, en el marco del respeto a los derechos de todas las personas y la especial protección de las poblaciones más vulnerables.

La normativa vigente incorpora algunos elementos que buscan regular la relación entre las personas usuarias y los equipos de salud. En esta línea se incluyen, entre otras, las siguientes leyes y sus reglamentos: Ley 20.584 (Ley de Deberes y Derechos de las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud), Ley 19.628 (sobre la Protección de la Vida Privada), Ley 20.422 (sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad), Ley 20.609 (sobre Medidas Contra la Discriminación), Ley 20.084 (Ley de Responsabilidad Penal Adolescente), Convención Internacional de los Derechos de Niños, niñas y Adolescentes y otros; todo esto sumado a los códigos deontológicos particulares definidos desde disciplinas biopsicosociales, que definen un marco general de acción para los diversos actores que se vinculan en el espacio de la intervención en salud.

Especial atención debe prestarse a las siguientes situaciones, las que a la luz del desarrollo de la dimensión ética y las normativas legales, constituyen conductas o acciones éticamente cuestionables, en tanto riesgo o abierta vulneración de los principios que sustentan los Derechos Humanos, tales como:

- Discriminación de personas por condición de género, jurídica, etnia, problemas de salud, económicos u otros.
- Establecimiento de transacciones comerciales entre integrantes del equipo y personas usuarias del programa de tratamiento y rehabilitación.
- Establecimiento de relaciones que impliquen abuso de poder y que desvirtúe la relación terapéutica entre integrantes del equipo y usuarios.
- Prácticas que vulneren la dignidad de las personas.
- Uso de información confidencial levantada en el marco del proceso terapéutico, para fines distintos, sin el consentimiento libre, voluntario e informado⁹ de la persona usuaria.

⁹ El Consentimiento Informado (CI), se comprende como el proceso dialógico entre la persona usuaria y el terapeuta, diálogo que se desarrolla de forma permanente durante todo el proceso de tratamiento. Implica, por lo tanto, mucho más que la firma de un documento de autorización respecto de la intervención u otro, el CI debe cumplir con los siguientes criterios: información adecuada y pertinente a la decisión en cuestión, comprensión de la información; lo que implica tanto la capacidad del sujeto para comprender como la competencia del terapeuta para facilitar dicha comprensión, voluntariedad y capacidad para consentir.

Utilización de estrategias éticamente cuestionables tales como chantaje, amedrentamiento, manipulación o coacción con la finalidad de obtener el consentimiento de la persona usuaria.

PROCEDIMIENTO PARA EL ABORDAJE DE LA SITUACIÓN CRÍTICA (ver Anexo N°4)

Una vez detectada la situación crítica, se deberá analizar si ésta puede constituir un posible incumplimiento de contrato, conducente a multas y sanciones o al término parcial o total del contrato. Para ello, se deben revisar cada periodo los respectivos contratos, tanto con entidades públicas como privadas, así como las correspondientes Bases de Licitación en el caso de estas últimas..

Si corresponde a incumplimiento conducente a multas o sanciones, se debe proceder a elaborar un **Plan de Situaciones Críticas**.

Si se define que sí puede implicar un incumplimiento contractual, el Director Regional de SENDA deberá remitir inmediatamente conocida la situación, un Informe al Jefe de la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA Nacional, con copia al Jefe del Área de Tratamiento, que de cuenta de la situación pesquisada y de todos los antecedentes con que se cuenta a ese momento. El Jefe del Área de Tratamiento informará a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio.

Junto a lo anterior, se debe considerar si la situación crítica amerita un cese inmediato de la atención (por ejemplo, en caso de no contar con la respectiva autorización sanitaria), ante lo cual la Mesa Regional deberá definir todas las acciones a realizar a fin de garantizar la continuidad de los cuidados de los usuarios que se encontraban en atención hasta ese momento. Si la situación no implica un cese inmediato de la atención, se procederá a elaborar un Plan de Situaciones Críticas.

Plan de Situaciones Críticas

- a. La dupla asesora en conjunto con el equipo del programa serán responsables de desarrollar un **Plan de Situación Crítica** (ver Anexo N°5), que debe especificar los objetivos, las estrategias y acciones de solución, los plazos y responsables. Se considera que los plazos del plan no deben exceder los dos meses.

El Plan debe ser firmado por la dupla asesora y el director del programa (en el caso de los programas privados debe ser el director técnico consignado en la

resolución sanitaria) e informado al representante legal y a la Mesa Técnica Regional.

b. Una vez finalizado el Plan se debe elaborar un **Informe de Evaluación de Resultados** (ver anexo N°6), el que debe explicitar de manera concluyente si se cumplieron o no los objetivos. Este Informe se enviará con copia al director técnico del programa, al representante legal de la entidad prestadora y a la Mesa Técnica Regional.

b.1. Si se resuelve el o los problemas, este Informe de Evaluación de Resultados debe contener las soluciones implementadas y definir las estrategias de seguimiento para el mantenimiento de los logros y resultados en el contexto de continuidad del trabajo de asesoría, procediéndose al cierre del Plan de Situaciones Críticas.

b.2. En caso de incumplimiento de los objetivos, el informe deberá señalar los motivos, las consecuencias y recomendaciones en relación a la situación crítica no resuelta y se deberá solicitar apoyo a la **Mesa Técnica Regional**.

c. La **Mesa Técnica Regional** definirá si la situación es posible de resolver a nivel regional o si corresponde derivar al nivel nacional.

c.1. Si es posible de solucionar a nivel regional, la Mesa Regional definirá nuevas estrategias y plazos para apoyar el cumplimiento del Plan y resolver la situación crítica inicial. El plazo para cumplir estas nuevas medidas no puede ser superior a un mes. Si con estas acciones la situación crítica se resuelve, se elaborará el Informe de Evaluación de Resultados (descrito en punto b.) y se procederá al cierre del Plan. Si con estas acciones la situación no se resuelve, se elaborará **Informe de Situaciones Críticas** (ver anexo N°7), dirigido al nivel nacional.

c.2. Si la Mesa regional define que no es posible resolver a nivel regional, derivará al nivel nacional, a través del **Informe de Situaciones Críticas** (ver anexo N°7).

El Informe de Situaciones Críticas (planteado en punto c.1 y c.2) será remitido por el Director Regional SENDA al Jefe del Área de Tratamiento del SENDA nacional, quien derivará a la **Mesa Nacional de Gestión del Convenio**, para que evalúe y tome las medidas pertinentes de apoyo a la región.

- d. La **Mesa Nacional de Gestión del Convenio** analizará los antecedentes recibidos, solicitará acciones e información complementaria a la región cuando corresponda y considerando tanto aspectos técnicos como aspectos definidos en el contrato con el oferente, emitirá un pronunciamiento y de ser pertinente desarrollará estrategias con las entidades prestadoras, implementará una asesoría específica con la región y/o remitirá el caso a la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA.

II.- SISTEMA DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La Evaluación Técnica es un proceso orientado al seguimiento y monitoreo de criterios de calidad específicos de los programas de tratamiento y rehabilitación para personas que presentan consumo problemático de sustancias y alcohol

La Evaluación estará basada en la recolección de información, por parte de una dupla profesional. Se realizará una vez al año, de forma presencial y los datos levantados serán registrados en una Pauta de Evaluación.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el grado de desarrollo que presentan los programas en diferentes ámbitos, a fin de contribuir en el mejoramiento de la calidad de la atención de las personas que acceden a tratamiento.
- Medir el nivel de desarrollo alcanzado por los programas de tratamiento, según diferentes variables establecidas en las orientaciones y normas técnicas, referidas al mejoramiento de la calidad.

Objetivos Específicos

- Identificar fortalezas y debilidades técnico - clínicas de los programas ejecutados en el marco del Convenio SENDA – MINSAL – SENAME - GENCHI.
- Evaluar el nivel de formación, experiencia y organización de los equipos responsables de implementar los programas.
- Evaluar la existencia de espacios físicos apropiados para el buen desarrollo de los programas en los centros en Convenio.
- Evaluar la coordinación y participación del programa en la red de tratamiento y a nivel intersectorial.
- Evaluar el uso y manejo de sistemas de registro e información establecidos en el marco del Convenio.
- Evaluar la existencia de procedimientos que garanticen el respeto de los derechos de las personas en tratamiento.
- Recomendar modificaciones a la implementación de los planes y programas de tratamiento y rehabilitación.

RESPONSABLES

La Evaluación Técnica será desarrollada por una dupla profesional compuesta por un representante del Área de Tratamiento de Senda Regional y un representante de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

ORGANIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se realizará a través de la aplicación de un instrumento de recolección de información, denominada "Pauta de Evaluación de Programas de Tratamiento", la cual se aplicará una vez al año, en el último cuatrimestre del año (septiembre – diciembre).

En este marco, el proceso de evaluación considerará:

1. Capacitación o entrenamiento de evaluadores,
2. Aplicación de la Pauta de Evaluación al 100% de los programas en Convenio definidos como sujetos de evaluación,
3. Ingreso al SISTRAT de la información recogida a través de la pauta y determinación de resultados,
4. Devolución de los resultados de la evaluación a los centros,
5. Incorporación en el Plan de Trabajo Anual, de elementos susceptibles de ser abordados en el proceso de Asesoría,
6. Presentación de los resultados regionales en instancias de red de drogas e intersectoriales.

METODOLOGÍA

La realización del levantamiento de los datos se realizará de manera presencial por parte de los evaluadores en cada uno de los centros en que se implementen los programas a evaluar.

Se aplicarán tantos instrumentos como programas de tratamiento se implementen en cada centro o establecimiento.

La definición de Programa de Tratamiento responde a la organización que en cada establecimiento se da para su implementación, el criterio de distinción está dado por la atención totalmente diferenciada que se realiza con una población específica. Los Programas a evaluar son los siguientes:

- a) Convenio de Población Adolescente

- 1) Ambulatorio Intensivo Medio Libre (PAI ML)
- 2) Ambulatorio Intensivo Medio Privativo (PAI MP)
- 3) Residencial (PR)
- 4) Ambulatorio Intensivo Sección Juvenil (PAI SJ)

La Pauta consta de una primera parte que considera el registro de datos de identificación general y de una segunda parte que se estructura a partir de 6 secciones:

1. **Aspectos Técnicos:** Proporciona información sobre los aspectos técnicos asociados al tratamiento y la atención de los usuarios y las usuarias.
2. **Recursos Humanos:** Otorga información relativa a la conformación de los equipos de tratamiento, disponibilidad de horas semanales destinadas por cada integrante del equipo, los años de permanencia de los profesionales y técnicos en el programa y los años de experiencia en la atención directa de personas en programas de tratamiento y rehabilitación.
3. **Trabajo en Red:** Recoge información referente a la participación del Centro en encuentros periódicos y su grado de coordinación con instancias u organismos que favorezcan la integralidad y oportunidad de la atención de las personas en tratamiento. Entre ellas están: los Servicios de Salud, SENAME, GENCHI, otros Centros de Tratamiento, APS, entre otras instancias. Incluye la coordinación y articulación de equipos de tratamiento y equipos encargados de la ejecución de la sanción; de modo tal que las intervenciones de orden clínico y psicosocial se potencien, aportando a objetivos compartidos de salud, bienestar e integración social
4. **Sistema de Registros y análisis de datos:** Recoge información sobre el conocimiento que los equipos tienen del sistema de registro SISTRAT y la utilización de la información que éste entrega. Se consideran además otros registros que debe disponerse en los centros, como Lista de Espera y Fichas Clínicas.
5. **Derechos y Satisfacción Usuaría:** Recoge información respecto al conjunto de procedimientos utilizados que garanticen el respeto y no vulneración de derechos de las personas en tratamiento, como de su familia.
6. **Infraestructura:** Recoge información sobre los espacios físicos destinados a la atención. Busca determinar si permiten la adecuada realización de actividades terapéuticas, y/o condiciones de hotelería, cuando corresponda en los centros de tratamiento residencial. En la evaluación de los ítems establecidos para esta Sección se considerarán algunos aspectos establecidos en el *Reglamento*

de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, Decreto N°4 del año 2009 del Ministerio de Salud, específicamente en lo descrito en el Párrafo II "Del local y sus instalaciones" artículos 4, 5, 6 y 7.

No corresponde aplicar esta sección a los PAI Medio Privativo y PAI Sección Juvenil, pues la infraestructura no depende del Programa de Tratamiento, sino de SENAME y Gendarmería respectivamente.

Para la aplicación de la pauta, se han definido los siguientes métodos específicos de recolección de información:

- i. Observación: Consiste en recorrer todas las instalaciones del centro y registrar los elementos claves que den cuenta de los estándares de calidad de la infraestructura y espacios destinados al tratamiento.
- ii. Entrevistas indagatorias: El evaluador se entrevistará con el encargado del Programa e integrantes del equipo e indagará sobre aspectos cruciales que dicen relación con la organización, planificación y aspectos técnicos del programa de tratamiento.
- iii. Revisión de documentos que permitan observar aspectos relativos al programa de atención y al registro de la información clínica.

Una copia de esta pauta podrá ser observada por el prestador público o privado a través del Sistema de Tratamiento SISTRAT, con posterioridad a dos o tres meses tras finalizado el proceso.

ANEXO N°1
PLAN DE TRABAJO ANUAL

Fecha			
-------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES CON INFRACCIÓN DE LEY
---	--	---

NOMBRE DEL PROGRAMA	
INSTITUCIÓN EJECUTORA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

Diagnóstico		Plan de Trabajo		Cronograma															
Ambito	Descripción de la Situación actual (Municipalidad)	Objetivos Específicos	Estrategia Metodológica	Indicadores Resultado	Actividades	Responsables	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	

Diagnóstico: aquellos aspectos que, a partir de a la evaluación de las necesidades del equipo, los resultados de la pauta de evaluación si corresponde u otros, se requiere apoyar para la mejora en la eficacia del programa de intervención.

Plan De Trabajo: señalar los objetivos a desarrollar durante el año en las distintas variables a intervenir según el diagnóstico, como se abordará el trabajo (estrategias metodológicas para lograrlo) y, cuál será el indicador o verificador de evaluación de resultado.

CRONOGRAMA: señalar las actividades a realizar, quienes serán las personas responsables de la gestión, la frecuencia y plazos estimados, necesarios para lograr los objetivos del plan de asesoría anual.

EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

Fecha

--	--	--	--

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	LOGRO L, ML, NL, P

L: Logrado; ML: Medianamente Logrado; NL: No Logrado; P: Pendiente

Conclusión:

Considerando el grado de cumplimiento de los objetivos señalados en el Plan de Trabajo, emitir una recomendación respecto del desarrollo del programa y de la continuidad y/o modificación del Plan de Asesoría al programa.

Firma
Representante SENDA

Firma
Representante Servicio de Salud

Firma
Representante del Centro

ANEXO N°2
REGISTRO ASESORÍA

Fecha			
--------------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084	
--	--	--	--

NOMBRE DEL PROGRAMA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

Integrantes del equipo presentes en la asesoría:

Temas abordados en la asesoría:

Metodología y descripción de las actividades

Observaciones y sugerencias

Compromisos y acuerdos con el equipo

Firma Asesor/a SENDA

Firma Representante del
CENTRO

Firma Asesor/a SERVICIO DE
SALUD

ANEXO N° 3
PROPUESTA PARA LA PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS
DE CASOS CLÍNICOS¹⁰

IDENTIFICACIÓN
Nombre de pila:
Edad:
Fecha de ingreso a tratamiento:
MOTIVOS POR LOS CUALES SE PRESENTA EL CASO
PROCESO DEL TRATAMIENTO (etapas, recaídas, descompensaciones, trayectoria delictual, avances del proceso, egreso.)
ANTECEDENTES CLINICOS INDIVIDUALES RELEVANTES Describe antecedentes individuales (factores de riesgo y protectores, dificultades actuales, historia de las dificultades, antecedentes de historia vital, antecedentes de salud mental)
ANTECEDENTES CLINICOS FAMILIARES RELEVANTES (Antecedentes mórbidos, de salud mental, trayectoria drogas y delictual)
GENOGRAMA
ECOMAPA

¹⁰ (Se sugiere a los equipos presentar casos clínicos de las distintas modalidades de intervención, considerando idealmente las distintas intervenciones en red, a modo de evaluar la integralidad de la respuesta y la fluidez de la red).

<p>TRAYECTORIA DEL CONSUMO (Historia de relaciones con el consumo, significación, tipo de consumo, tipo de drogas, consecuencias, etc)</p>
<p>TRAYECTORIA DELICTIVA (Historia del o los delitos, significación, tipo de delitos, sanciones, etc)</p>
<p>DIAGNÓSTICOS</p>
<p>Diagnóstico principal (descriptivo y CIE-10):</p>
<p>Comorbilidad psiquiátrica:</p>
<p>Diagnóstico biomédico:</p>
<p>Diagnóstico de estadio motivacional:</p>
<p>Diagnóstico de compromiso biopsicosocial y dimensión ligada al consumo:</p>
<p>INDICACIONES DEL TRATAMIENTO Describa indicaciones individuales (incluir especificación de fármacos) y grupales:</p>
<p>ACUERDOS Y CONCLUSIONES (Para el Usuario/ familia, Interventores directos, Red)</p>
<p>FECHA:</p>

Firma
Representante SENDA

Firma
Representante Servicio de Salud

Firma
Representante del Centro

ANEXO N°6
INFORME DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS
DEL PLAN DE SITUACIONES CRÍTICAS

Fecha			
-------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084	
--	--	--	--

NOMBRE DEL PROGRAMA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

Problema Detectado	Resultados esperados	Evaluación de resultado alcanzado

Resultado Global:

--

Recomendaciones y Sugerencias:

--



Firma
Representante SENDA

Firma
Representante Servicio de Salud

Firma
Representante del Centro

ANEXO N°7
INFORME DE SITUACIONES CRÍTICAS¹¹

Fecha			
-------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084	
--	--	--	--

NOMBRE DEL PROGRAMA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

SÍNTESIS DEL PROBLEMA (Antecedentes, situación actual)

SÍNTESIS DE LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS Y GESTIONES REALIZADAS

¹¹ Se debe adjuntar el Plan de Situación Crítica, el Informe de Resultados y otros antecedentes pertinentes.

OPINIÓN REGIONAL Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

FIRMA REPRESENTANTES DELA MESA DE TRATAMIENTO REGIONAL

Nombre	Cargo	Firma

MODALIDADES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

**CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA
SENDA – MINSAL – SENAME – GENCHI**

I. ANTECEDENTES

Este documento hace explícitos los criterios exigibles a los equipos de tratamiento de las diferentes modalidades del Programa de Tratamiento de este Convenio, con el propósito mejorar la calidad de la atención de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley 20.084.

Las intervenciones descritas en este documento tienen como contexto legal la Ley 20.084, que define el sistema penal aplicado a adolescentes, así como el Reglamento de la Ley. Este contexto deberá ser considerado y comprendido por los equipos interventores, para el correcto logro de los objetivos de los programas de tratamiento y rehabilitación.

Las modalidades de atención están diseñadas en base a una conceptualización integral del fenómeno del consumo problemático de alcohol y otras drogas y la salud mental de adolescentes y jóvenes, que incorpora desde un enfoque biopsicosocial la perspectiva de género, las etapas del desarrollo vital y la integración social.

Con el objeto de orientar la intervención terapéutica, se han diseñado planes de tratamiento y rehabilitación, que incluyen intervenciones, respaldadas con evidencia, que permiten alcanzar el logro de los objetivos terapéuticos.

Los planes de tratamiento y rehabilitación comprenden objetivos terapéuticos e intervenciones específicas que se desarrollan progresivamente en 4 etapas: Acogida, Tratamiento y rehabilitación, Egreso y Seguimiento. Las intervenciones terapéuticas se realizan en concentración y frecuencia diversas. La experiencia indica que en la segunda etapa se registra la mayor intensidad del proceso, en la cual se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del problema de consumo.

Es muy relevante que la intervención de los equipos terapéuticos y los equipos socioeducativos del SENAME sea integrada, con la finalidad de alcanzar los objetivos terapéuticos que comprende dicho proceso. Esta integración implica que los equipos socioeducativos, tienen importantes funciones y responsabilidades respecto de la pesquisa y sospecha diagnóstica, apoyo a la motivación y preparación para el ingreso al tratamiento, acompañamiento durante el tratamiento y seguimiento posterior mientras dure la ejecución de la sanción, prevención de

recaídas (de modo complementario y reforzador a lo desarrollado por el equipo de tratamiento) e inserción en el entorno comunitario.

Además, es fundamental que en esta integración de las intervenciones, exista una diferenciación de roles, apuntando a la gestión coordinada y complementaria de acciones y estrategias de alto impacto dependiendo de la etapa en que se encuentre el adolescente o joven, siendo éste el centro de la intervención.

II. ASPECTOS GENERALES

Para cumplir con la integralidad y la flexibilidad que requiere el tratamiento y facilitar el acceso a oportunidades de apoyo a la integración social y la continuidad de la atención y cuidados en salud de las personas usuarias, entre otros, los equipos deberán integrar la red de la jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, participando activamente en las reuniones formales de las redes de tratamiento de alcohol y drogas, salud mental, salud general, adolescencia, infracción de ley u otras.

La intervención es de carácter especializado, por lo que el equipo debe ser interdisciplinario e integrado, tener formación, experiencia y características personales adecuadas a la intervención que se realiza. Debe incorporar profesionales y técnicos de diversos ámbitos (medicina, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, psicoeducación, técnicos en rehabilitación, entre otros). Cada miembro del equipo debe poseer una visión clara de sus propias funciones y reconocer los intereses comunes en el trabajo especializado con adolescentes y jóvenes.

Dicha especialización debe considerar también aspectos específicos, tales como la intervención en medio libre y medio privativo de libertad, variables de género, interculturalidad, curso de vida, entre otros.

Por otro lado, la intervención requiere de una coordinación interna del equipo, sólida y ágil, que facilite el proceso que atraviesa el y la joven o adolescente, y que permita un efectivo trabajo interdisciplinario, a fin de no fragmentar ni parcelar la intervención, con una mirada integradora y potenciadora de los recursos y competencias del y la adolescente y joven.

Es importante que el equipo cuente con una organización interna operativa, con mecanismos de evaluación y autocuidado, fortaleciendo la acción conjunta de manera coherente, y establecer mecanismos y estrategias de coordinación con equipos y/o profesionales externos o instancias de la red.

Se requiere además contar con instancias técnicas de participación (reuniones de equipo, análisis de caso etc.), en sus distintas áreas (técnica, administrativa y directiva), favoreciendo la planificación y la evaluación permanente de la labor realizada.

El Centro debe contar con infraestructura adecuada al contexto de intervención, en armonía con la cantidad de profesionales, técnicos, personal administrativo y de apoyo, así como con los adolescentes y/o jóvenes que se encuentren en tratamiento y sus familias u otros significativos. Por su parte, la implementación y el equipamiento deben permitir la adecuada ejecución de la intervención.

Finalmente, se esperan prácticas laborales adecuadas que favorezcan la estabilidad laboral y desempeño del equipo, considerando que el desarrollo vincular con las personas usuarias es de alto impacto en la intervención.

III. MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Entendemos el tratamiento como un proceso complejo y estructurado en un tiempo acotado, con distintas etapas y acciones de intervención en diversos ámbitos de la vida del y la usuaria, en el que intervienen variados profesionales y técnicos de manera integral, con objetivos individualizados y co – construidos con el usuario y su familia, escritos en un plan de intervención, el que es evaluado periódicamente, de manera de analizar el logro de los objetivos propuestos y realizar las modificaciones que correspondan.

Un proceso de tratamiento no necesariamente transcurre en una única modalidad de intervención, al contrario, puede implicar el paso por diversos equipos y modalidades, de acuerdo a las necesidades de cada persona, ya sean clínicas, de contexto, procesales u otras.

Por lo anterior, cobra especial relevancia los mecanismos de traspaso de información, a través de informes escritos y reuniones entre los equipos, que

permita dar continuidad a la intervención, realizando las adaptaciones necesarias al ingreso a otra modalidad.

El objetivo general de todas las modalidades de tratamiento que se describirán en este documento es: realizar tratamiento con adolescentes y jóvenes que tienen consumo problemático de alcohol y otras drogas y que han ingresado al sistema penal por la Ley 20.084, considerando aspectos como el curso de vida, la perspectiva de género y el nivel de compromiso biopsicosocial. Y, producto de lo anterior, contribuir a la plena integración social de los y las usuarias y sus familias.

Este gran objetivo implica:

1. Constitución de equipos de tratamiento interdisciplinarios, capacitados, estables y motivados;
2. Procesos basados en una vinculación terapéutica construida entre el equipo tratante y el y la usuaria y su familia.
3. Realización de diversas y constantes acciones motivacionales, facilitadoras de la adherencia al tratamiento.
4. Intervenir en los factores que facilitan el inicio y mantención del consumo problemático de alcohol y otras drogas, tanto individuales como familiares y de red de apoyo.
5. Coordinación permanente con los distintos actores de la red

La especificidad de cada modalidad está dada por el perfil de ingreso de los y las usuarias y la intensidad y frecuencia de las prestaciones.

1. MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO (medio libre y medio privativo de libertad)

Esta modalidad está constituida por un conjunto de intervenciones y prestaciones de alta intensidad y complejidad, recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos propuestos en el proceso de tratamiento de adolescentes y jóvenes que han ingresado al sistema penal por la ley 20.084, que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas y compromiso biopsicosocial moderado a severo, que cuente con una red primaria de apoyo.

En caso de presentar comorbilidad psiquiátrica, el cuadro clínico debe estar compensado para su ingreso.

Tanto la duración del plan como la frecuencia de las prestaciones entregadas, deben ajustarse a las necesidades de cada usuario o usuaria y su familia. Se estima que los objetivos terapéuticos pueden ser alcanzados al cabo de un periodo aproximado de 12 meses. La fase del tratamiento en que se encuentra el usuario o usuaria también influye en la frecuencia de las prestaciones, existiendo periodos de la intervención en que se estima una frecuencia (en el centro de tratamiento o en terreno) de 5 días a la semana, una concentración de 4 a 6 prestaciones por día, y en otros periodos la frecuencia puede ser cada quince días o una vez al mes, particularmente en la fase de seguimiento. No obstante, lo que es permanente independiente de la fase de tratamiento en que se encuentre es que la intervención terapéutica debe ser realizada en coordinación con la intervención brindada por el equipo socioeducativo del SENAME y otros que trabajen con el y la usuaria.

Esta modalidad considera todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación efectuados con los y las usuarias durante su permanencia en el programa, tales como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta de salud mental (individual y familiar), consulta psicológica, psicoterapia (individual, familiar y grupal), intervención psicosocial de grupo, consultorías de salud mental, psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos, si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos según corresponda. Además, el desarrollo de actividades psicosociales de integración sociocultural que complementan la intervención terapéutica realizada.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a los y las usuarias, de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles del plan y deben especificarse en los registros ad hoc y la ficha clínica o carpeta del usuario.

El recurso humano requerido para esta modalidad consiste en un equipo multidisciplinario, liderado por un profesional de la salud mental, con profesionales y técnicos capacitados en adolescencia y juventud, desarrollo, infracción de ley, vulnerabilidad social, consumo problemático de alcohol y otras drogas y manejo de la comorbilidad psiquiátrica (compensada), de acuerdo a la complejidad de la

atención del plan y con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones definidas para el plan.

Un aspecto fundamental para el logro de los objetivos terapéuticos y la calidad de la atención, es que el recurso humano cuente con salud física y mental acorde al trabajo con esta población.

De acuerdo al nivel de complejidad de esta modalidad, el equipo de tratamiento debe incluir:

- Psiquiatra y/o Médico General con formación en Salud Mental
- Psicólogo
- Trabajador Social
- Terapeuta Ocupacional, Psicopedagogo, Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Psicoeducador y/o técnico con formación en intervención psicosocial con adolescentes o salud mental
- Profesor de Educación Física, talleristas, monitores u otros.

Si bien, probablemente las horas de los profesionales y técnicos del último punto no serán jornadas completas, son fundamentales para favorecer la motivación y adherencia al proceso, la integralidad del tratamiento y el logro de los objetivos.

Entre las acciones relevantes a desarrollar en la modalidad ambulatoria intensiva, se encuentran:

- Realizar ingreso de adolescentes y jóvenes al programa de tratamiento y rehabilitación.
- Realizar confirmación diagnóstica de consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- Realizar diagnóstico clínico integral, que incluye el patrón de consumo y compromiso biopsicosocial, o actualización diagnóstica según corresponda.
- Promover y acompañar el proceso de motivación al tratamiento, incorporando actividades que fortalezcan el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento.

- Elaborar el plan integral de tratamiento individual con el joven o adolescente y su familia, en función de sus necesidades y motivaciones, que considere intervenciones para el abordaje de las áreas sugeridas en el diagnóstico integral (consumo de drogas, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, responsabilización, restauración de conductas asociadas a la infracción de ley, reparación e integración social).
- Implementar el plan integral de tratamiento individual, en conjunto con equipo socioeducativo del SENAME, diferenciando y definiendo objetivos terapéuticos integrados, complementarios y/o especializados según el programa.
- Intervenir sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Tratar y mantener estabilizada la comorbilidad psiquiátrica asociada, cuando corresponda.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Desarrollar y favorecer habilidades sociales en el usuario y usuaria.
- Implementar estrategias que permitan al usuario y usuaria y su familia desarrollar un estilo de vida saludable e incompatible con el consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- Trabajar en las habilidades del joven para la integración social, de forma complementaria a lo realizado por el equipo socioeducativo.
- Realizar evaluaciones periódicas del plan integral de tratamiento individual, en conjunto con el o la usuaria y su familia, de manera de modificarlo si es necesario.
- Mantener informado al equipo socioeducativo del SENAME, sobre los avances del proceso terapéutico.
- Fortalecer el vínculo o revincular, según corresponda, al usuario con las redes educacionales, familiares, culturales, laborales u otros que faciliten su desarrollo.
- Facilitar el proceso gradual de integración social del usuario a una vida normalizada acorde a las necesidades de su etapa de desarrollo y necesidades específicas.
- Instalar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas en el y la usuario/a.

- Sensibilizar y asesorar a los equipos socioeducativo, familias y/u otros adultos significativos en prevención de recaídas del consumo problemático de drogas.
- Diseñar con el equipo socioeducativo y/o con la red de apoyo, el seguimiento post-egreso, en el contexto del adolescente o joven.
- Otorgar el alta clínica, comunicarla al equipo socioeducativo y red de apoyo de existir, si corresponde y referir asistidamente a la red de atención de salud que corresponda a su necesidad, si es pertinente.
- Realizar proceso de egreso por otras causales (derivación, alta administrativa, abandono) comunicarla al equipo socioeducativo y red de apoyo, de existir y, si corresponde.
- Ejecutar y evaluar el plan de seguimiento post – egreso, manteniendo inicialmente al menos un contacto quincenal con el joven, disminuyendo progresivamente esta frecuencia hasta un contacto mensual, así como con su familia, equipo socioeducativo y/o red de apoyo, para favorecer la mantención de los logros terapéuticos alcanzados.
- Coordinar en conjunto con el equipo socioeducativo, la derivación asistida al tratamiento en drogas en otros contextos de cumplimiento de la sanción principal, según corresponda para su continuidad terapéutica.

Esta modalidad contempla las siguientes etapas:

Acogida: Contempla el ingreso y contención emocional del/la usuario/a, el diagnóstico integral del problema, que incluye las siguientes áreas: patrón de consumo de drogas, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, socialización y modulación de conductas transgresoras, reparación e integración social, abordaje del proceso de desintoxicación inmediato, inicio de un proceso vincular para favorecer el proceso de motivación al cambio.

Tratamiento y rehabilitación: Aborda los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, el manejo de la comorbilidad psiquiátrica cuando exista, el apoyo al cambio del patrón de consumo, prevención de recaídas y gestión de riesgos, intervención en la reparación de experiencias traumáticas, duelos u otros eventos vitales significativos, evaluación de intereses, habilidades y

competencias sociocupacionales y, apoyo a su desarrollo.

Egreso: Consiste en la preparación para el egreso del tratamiento y rehabilitación. Se trabaja el fortalecimiento de los cambios terapéuticos y la profundización de aspectos vinculados a las alternativas concretas de integración y reinserción sociocupacional (educación, familia, grupo de pares, resignificación de espacios comunitarios, etc.).

Seguimiento: Se sugiere un período de post tratamiento o seguimiento no inferior a 12 meses, en el cual se pueden incluir las siguientes actividades: entrevistas individuales, familiares, visitas domiciliarias, contacto telefónico u otras intervenciones con el propósito de favorecer la mantención de los logros terapéuticos alcanzados. Además, en el caso de presentar dificultades, permite diseñar estrategias de apoyo para prevenir las recaídas y gestionar los riesgos. Esta etapa se realizará en conjunto con el equipo socioeducativo del SENAME en caso que el joven al momento del egreso del tratamiento continúe cumpliendo una sanción o medida judicial.

Se informará en forma regular y oportuna al Tribunal de Garantía correspondiente sobre el cumplimiento de la sanción accesoria del adolescente infractor cuando corresponda.

Especificidades de la modalidad de acuerdo al medio donde se ejecuta:

Plan ambulatorio intensivo en medio libre:

En la ejecución de esta modalidad, además de cumplir con las acciones anteriormente descritas, debe tenerse en cuenta los siguientes elementos:

- El plan integral de tratamiento individual debe considerar las actividades programadas como parte del cumplimiento de la sanción o medida principal, de manera de no “competir” por el tiempo del usuario, sino más bien integrar las intervenciones y actividades.
- Objetivos terapéuticos compatibles con los objetivos socioeducativos y plan

de intervención individual del SENAME o sus instituciones colaboradoras que ejecutan la medida o sanción, definidos a partir de la coordinación y trabajo conjunto entre los distintos equipos.

- Los equipos interventores deberán analizar caso a caso las acciones que les corresponderán a cada uno en el trabajo de integración social del/la joven (escuela, capacitación, uso del tiempo libre, participación, etc.).
- Para asegurar la consecución de logros terapéuticos, la intervención terapéutica debe considerar intervenciones en terreno y en el contexto del joven. Muchas veces, dependiendo de las características y necesidades del usuario y usuaria, la mayor parte del proceso terapéutico puede realizarse a través de intervenciones en terreno.

Centros para su implementación:

Centros de tratamiento y rehabilitación privados, los que deben encontrarse debidamente autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional (Secretaría Regional Ministerial de Salud) o públicos, ambos con infraestructura suficiente e indispensable que garantice el desarrollo de las intervenciones individuales, familiares y grupales; por lo tanto, debe proporcionar espacios de privacidad y diferenciar los espacios terapéuticos, de los de descanso e incorporar espacios de recreación acorde con la etapa evolutiva de los usuarios.

Plan Ambulatorio intensivo en medio privativo de libertad:

En la ejecución de este plan de tratamiento y rehabilitación, además de cumplir con las acciones anteriormente descritas, debe tenerse en cuenta los siguientes elementos:

- Considerar en la ejecución del plan de tratamiento y rehabilitación las normativas y procedimientos específicos que regulan el funcionamiento interno de los centros privativos de libertad.
- El plan individual de tratamiento y rehabilitación debe considerar las rutinas en las cuales están insertos los adolescentes, de manera de no "competir" por el tiempo del usuario, sino más bien integrar las intervenciones y actividades.
- Objetivos terapéuticos compatibles con los objetivos socioeducativos y plan de intervención individual del SENAME, definidos a partir de la coordinación y trabajo conjunto entre los distintos equipos.

- Contribuir, dentro de sus competencias, en la disminución y estabilización de los efectos de la prisionización.

La especificidad de esta intervención y el contexto en que se implementa, hace necesario realizar reuniones periódicas entre los equipos técnicos y las coordinaciones de los programas intervinientes, las que deben ser planificadas, estableciéndose la periodicidad de ellas, debiendo abordarse aspectos técnicos y de funcionamiento. En este sentido, las reuniones y coordinación con los educadores de trato directo son muy relevantes, pues permiten la continuidad de la intervención y el trabajo coordinado.

Centros para su implementación:

Establecimientos SENAME, centros cerrados (internación provisoria y de cumplimiento de sanción privativa de libertad): con infraestructura que garantice el desarrollo de las intervenciones individuales, familiares y grupales; por lo tanto, debe proporcionar espacios de privacidad y diferenciar los espacios terapéuticos, de descanso y recreación acorde con la etapa evolutiva de la adolescencia y juventud.

2. MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN SECCION JUVENIL

En las secciones juveniles de todo el país, se ejecutan programas de intervención psicosociales que buscan impactar en la disminución de la reincidencia en el delito y favorecer la integración social de los jóvenes que cumplen sanción en estos recintos penales.

Es en este contexto en el que se desarrolla la modalidad de tratamiento para jóvenes que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, considerando las características de la población y del contexto de intervención, se ejecutará de dos maneras:

1. A través de la compra de meses de planes de tratamiento en tres secciones juveniles del país, a partir de proceso de licitación realizado por SENDA.
2. Por medio de la intervención integral de los equipos psicosociales licitados por Gendarmería de Chile

En ambas formas de ejecución, el tratamiento debe considerar la complejidad del contexto de intervención en un recinto penal, las particularidades de cada usuario respecto de los saldos de condena, tratamientos anteriores y cualquier otra variable que afecte el tratamiento por consumo y la intervención realizada por el equipo psicosocial.

Se debe siempre considerar en la ejecución del plan de tratamiento y rehabilitación las normativas y procedimientos específicos que regulan el funcionamiento interno de los centros privativos de libertad.

Características de la modalidad

El programa de tratamiento ambulatorio intensivo en sección juvenil debe tener un carácter resolutivo e intensivo, considerando las condiciones del contexto.

Está dirigido a jóvenes que se encuentran cumpliendo una sanción bajo la Ley 20.084 en una sección juvenil en recinto penal administrado por Gendarmería de Chile, con o sin sanción accesoria de drogas; que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, con compromiso biopsicosocial severo, con presencia o no de comorbilidad psiquiátrica, la que de existir debe estar compensada.

Entre los aspectos relevantes de abordar en esta modalidad está:

- Confirmar la sospecha diagnóstica por consumo problemático de alcohol y otras drogas de los jóvenes, cuando corresponda.
- Realizar o actualizar el diagnóstico integral de los jóvenes y sus familias, complementando antecedentes entre el equipo psicosocial y Área Técnica de Gendarmería de Chile.
- Promover y acompañar el proceso de motivación al tratamiento.
- Contribuir en la estabilización y disminución de los efectos de la prisionización.
- Tratar comorbilidad psiquiátrica asociada, cuando corresponda.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el proceso de cambio.
- Desarrollar y favorecer habilidades sociales, que favorezcan el desarrollo de un estilo de vida saludable, distante del consumo de drogas.

- Implementar estrategias que permitan al/la joven y su familia desarrollar un estilo de vida saludable, incompatible con el consumo de drogas.
- Contribuir al fortalecimiento del vínculo o vincular, según corresponda, a el y la usuario/a a las redes familiares, u otras que faciliten su desarrollo, distante del consumo de drogas.
- Facilitar el proceso gradual de integración socio ocupacional del /la joven acorde a las necesidades de su etapa de desarrollo.
- Implementar estrategias de prevención de recaídas en los usuarios.
- Sensibilizar a las familias y/u otros adultos significativos pro sociales en prevención de recaídas del consumo problemático de drogas.
- Coordinar, con la Jefatura técnica de Sección Juvenil a cargo, la derivación asistida al tratamiento de drogas en otros contextos (otra sección juvenil, otra sanción o libertad), si corresponde, de manera de garantizar la continuidad terapéutica.
- Otorgar el alta clínica y referir, si corresponde, asistidamente a la red de atención de salud de acuerdo a su necesidad.
- Realizar el proceso de egreso del joven del programa de tratamiento.
- Realizar, cuando corresponda, el proceso de seguimiento post – egreso del programa de tratamiento.

El programa debe considerar dentro de la intervención, los siguientes ámbitos: modificación del patrón de consumo, fomento de la motivación, curso de vida, mejoramiento de las relaciones familiares y con pares, potenciación de la integración socio ocupacional, etc.

En el caso de aquellas secciones juveniles donde la forma de contratación de éste equipo es a través de un proceso de licitación de plan de tratamiento realizado por SENDA, todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación efectuados con los jóvenes durante su permanencia en el programa, son de responsabilidad del equipo que se ha adjudicado la licitación, siempre considerando la coordinación por un lado con el Jefe Técnico de la Sección Juvenil y por otro la integración de la intervención y permanente coordinación con el equipo psicosocial perteneciente a Gendarmería de Chile, a cargo del control de la sanción o medida.

Las prestaciones que considera el plan son: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta de salud mental (individual y familiar), consulta psicológica, psicoterapia (individual, y grupal), psicoterapia familiar de existir profesional con la formación para ello, intervención psicosocial de grupo, consultorías de salud

mental, psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos, si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos según corresponda. Además, el desarrollo de actividades psicosociales de integración sociocultural que complementan la intervención terapéutica realizada.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a los usuarios de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles del plan y deben especificarse en la ficha o carpeta del/la usuario/a.

El recurso humano requerido para esta modalidad consiste en un equipo multidisciplinario, liderado por un profesional de la salud mental, con profesionales y técnicos capacitados en desarrollo evolutivo, infracción de ley, vulnerabilidad social, consumo problemático de drogas y manejo de la comorbilidad psiquiátrica de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones definidas para el plan. El recurso humano debe contar con salud física y mental acorde al trabajo con esta población.

Por el nivel de complejidad de la modalidad, el equipo debe incluir:

- Psiquiatra y/o Médico General con formación en Salud Mental
- Psicólogo
- Trabajador Social
- Terapeuta Ocupacional, Psicopedagogo
- Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Psicoeducador y/o técnico con formación en intervención psicosocial con adolescentes o salud mental.
- Profesor de Educación Física talleristas, monitores u otros.

Si bien las horas de los profesionales y técnicos del último punto no serán jornadas completas, son fundamentales para favorecer la motivación y adherencia al proceso, la integralidad del tratamiento y el logro de los objetivos.

En el caso del Programa de intervención ejecutado por los equipos psicosociales licitados por Gendarmería de Chile, éste considera procedimientos terapéuticos y de rehabilitación efectuados con los jóvenes durante su permanencia en el programa, tales como: consulta de salud mental (individual y familiar), consulta psicológica, psicoterapia (individual, y grupal), psicoterapia familiar de existir

profesional con la formación para ello, consultorías de salud mental, psicodiagnóstico, diagnóstico, consulta médica y/o consulta psiquiátrica.

Lo que se refiere a exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos según corresponda serán gestionados por Gendarmería.

El recurso humano requerido para esta modalidad debe ser interdisciplinario y debe contar con una asignación de horas suficientes para llevar a cabo las intervenciones vinculadas al tratamiento, de acuerdo a las necesidades de los/as jóvenes.

Estos profesionales deben estar capacitados en desarrollo evolutivo, infracción de ley, vulnerabilidad social, consumo problemático de drogas y manejo de la comorbilidad psiquiátrica y deben contar con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones definidas. El recurso humano debe contar con salud física y mental acorde al trabajo con esta población.

En ambas modalidades de ejecución del tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas, se debe considerar lo siguiente:

La duración del plan intensivo de sección juvenil y la frecuencia de las prestaciones entregadas deben ajustarse a las necesidades de el y la joven, sus características y la etapa del tratamiento en que se encuentra, con especial énfasis en el trabajo con la red familiar y/u otros adultos significativos. Éste debe ser organizado en un Plan Integral Individual de Tratamiento, incluido en el Plan de Intervención Individual del Área Técnica de Gendarmería de Chile o cualquier otro equipo técnico encargado del control de la sanción aplicada al/la joven y de contribuir a su integración social. Es necesario realizar reuniones periódicas entre la jefatura técnica y el equipo a cargo de la intervención directa, las que deben encontrarse planificadas en conjunto.

En caso que el o la joven haya sido trasladado desde un centro de administración directa o colaborador de SENAME o de otra Sección Juvenil y haya recibido tratamiento, se debe considerar en la elaboración del Plan Integral Individual de Tratamiento, la revisión del Plan de Tratamiento o Seguimiento que trae el/la joven, considerando la continuidad de éste o su adecuación en función de sus necesidades actuales.

Este plan contempla que una vez confirmado o actualizado el diagnóstico por consumo problemático, el joven ingresa a tratamiento, sugiriéndose una duración a aproximada de 12 meses, con una frecuencia de intervención de 5 días a la semana (que deben incluir al menos tres días de asistencia del o la joven, así como al menos dos días de intervención con la familia, redes u otros que faciliten su desarrollo). Se estiman cuatro horas de permanencia diaria aproximada (se deben considerar las rutinas en las cuales están insertos/as los/as jóvenes en la Sección Juvenil) y una concentración de tres a cuatro prestaciones por día en complementariedad a las ofrecidas por el equipo psicosocial del Área Técnica de Gendarmería de Chile o cualquier otro equipo técnico.

Como componente transversal del tratamiento, las intervenciones deben orientarse a extraer y reforzar la motivación intrínseca para el cambio y, a la vez, favorecer el vínculo y la alianza terapéutica.

En relación al tratamiento, se sugiere que éste considere las siguientes etapas generales:

Adaptación: contempla acogida y contención emocional del/la joven y su familia y/o adulto significativo pro social; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y manejo de la sintomatología de trastornos mentales concurrentes y/o del síndrome de abstinencia si corresponde; inicio de un proceso vincular para favorecer la consolidación de la motivación del/la joven al cambio y diagnóstico integral del problema en cada una de las áreas: consumo de drogas, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, socialización y modulación de conductas transgresoras, reparación e integración social. Esta fase tiene una duración aproximada de tres meses.

Estabilización y consolidación: se abordan los factores relacionados con el inicio y mantención del consumo problemático, interviene en la reparación de experiencias traumáticas y duelos, en el manejo de la comorbilidad psiquiátrica si existe, proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, si corresponde y prevención de recaídas. Además, se realiza una evaluación de intereses, habilidades, competencias cognitivas y socio ocupacional y apoyo al desarrollo de ellas. Esta fase tiene una duración aproximada de 6 meses.

Preparación para el egreso: se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundizan los aspectos vinculados a las expectativas reales de integración y

reinserción socio ocupacional del /la joven (familia, resignificación de espacios comunitarios, entre otras). Se fortalecen las estrategias de prevención de recaídas. Se coordinan la derivación asistida al tratamiento de drogas en otros contextos (otra sección juvenil, otra sanción o libertad) para la continuidad terapéutica, o a la red de atención de salud de acuerdo a su necesidad, si corresponde. Esta fase tiene una duración aproximada de tres meses.

Seguimiento: corresponde a una intervención post - tratamiento realizada por el equipo de tratamiento en coordinación con el equipo a cargo de la sanción principal. Tiene como fin evaluar la mantención de los logros terapéuticos alcanzados, la revisión del plan de recaídas, consejería para la implementación de planes alternativos de afrontamiento cuando el/la joven se encuentra en riesgo de no poder cumplir su propósito respecto al consumo de sustancias y a la integración social, así como eventualmente sugerir el reingreso a tratamiento si corresponde. Esta fase tiene una duración aproximada de doce meses.

Se informará en forma regular y oportuna al Tribunal de Garantía correspondiente sobre el cumplimiento de la sanción accesoria del/la joven infractor cuando corresponda.

Centros para su implementación:

Centros Penitenciarios en los que se encuentren jóvenes sancionados bajo la Ley 20.084, con infraestructura que facilite el desarrollo de las intervenciones individuales, familiares y grupales; proporcionándose espacios de privacidad y diferenciar los espacios terapéuticos, de descanso y recreación acorde con la etapa evolutiva del joven.

Se debe considerar en la ejecución del plan de tratamiento y rehabilitación las normativas y procedimientos específicos que regulan el funcionamiento interno del Centro Penitenciario y los tiempos disponibles para realizar las intervenciones planificadas.

3. MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL (medio libre)

Esta modalidad está constituida por un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos propuestos en el proceso de tratamiento de adolescentes y jóvenes que han ingresado al sistema

penal por la Ley 20.084, que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas y compromiso biopsicosocial severo, con ausencia permanente o transitoria de redes de apoyo o presencia de redes que obstaculizan de forma severa el tratamiento (contexto familiar y/o social, que amenace la integridad del adolescente). Proporciona cuidado terapéutico de 24 horas. La duración de este plan está dada por los objetivos terapéuticos a trabajar y las necesidades de cada uno de los y las adolescentes o jóvenes, con permanencia en el centro variable según la etapa del tratamiento en que se encuentre y una jornada terapéutica de 5 a 8 horas cada día (incluye permisos de fin de semana u otros similares).

Para ingresar a la modalidad residencial, el o la usuaria debe ser derivada por un equipo ambulatorio, el que previamente debe trabajar y motivar el ingreso, de manera que los objetivos de esta derivación estén claros y sean aceptados por el o la adolescente o joven. Ese trabajo previo, generador de vínculo y motivación, son fundamentales para la adherencia a la modalidad residencial y alcanzar los objetivos planteados.

Para facilitar el tránsito de una modalidad a otra, se requiere de un proceso de derivación asistida. Es decir, el traspaso de información relevante para los objetivos a trabajar, a través de informes escritos y reuniones entre los equipos, visitas acompañadas para que el o la usuaria conozcan y se familiaricen con el espacio y rutina del centro residencial.

En esta modalidad, la coordinación con el equipo de tratamiento derivador es fundamental durante todo el proceso, pues se espera que el tratamiento no se termine de forma residencial, sino ambulatoria. En este sentido, el equipo derivador y el equipo residencial, en conjunto, evaluarán cada 3 meses la pertinencia de que el usuario o usuaria continúe en esta modalidad o retorne al programa ambulatorio. Esto es central en esta modalidad, pues se espera que el o la adolescente o joven regrese a su contexto lo antes posible, una vez que se controlen y estabilicen las condiciones que hicieron que requiriera la residencialidad.

El recurso humano requerido para esta modalidad consiste en un equipo multidisciplinario, liderado por un profesional de la salud mental, con profesionales y técnicos capacitados en adolescencia, desarrollo evolutivo, infracción de ley, vulnerabilidad social, consumo problemático de alcohol y otras drogas y manejo de la comorbilidad psiquiátrica de acuerdo a la complejidad de la atención del plan de tratamiento y rehabilitación y con asignación horaria suficiente para dar

cumplimiento a las prestaciones definidas para el plan. Con salud física y mental acorde al trabajo con esta población.

Por el nivel de complejidad de la modalidad, el equipo debe incluir:

- Psiquiatra y/o Médico General con formación en Salud Mental
- Psicólogo
- Trabajador Social
- Terapeuta Ocupacional, Psicopedagogo.
- Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Psicoeducador y/o técnico con formación en intervención psicosocial con adolescentes o salud mental
- Profesor de Educación Física, talleristas, monitores u otros.

Si bien, probablemente las horas de los profesionales y técnicos del último punto no serán jornadas completas, son fundamentales para favorecer la motivación y adherencia al proceso, la integralidad del tratamiento y el logro de los objetivos.

Este plan de tratamiento y rehabilitación residencial incluye el día cama y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con los usuarios durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta de salud mental (individual y familiar), consulta psicológica, psicoterapia (individual, familiar y grupal), intervención psicosocial de grupo, consultorías de salud mental, psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos según corresponda. Además, se desarrollan actividades psicosociales de integración socio cultural que complementan la intervención terapéutica realizada.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a los/las beneficiarios/as de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles del plan de tratamiento y rehabilitación y deben especificarse en las planillas de registro ad hoc y ficha clínica.

El plan incorpora acciones de seguimiento, con el objeto de tener una evaluación de la mantención de los logros terapéuticos y las dificultades para la consolidación del proceso de integración socio ocupacional. Estas acciones incluyen visitas

domiciliarias, consultas de salud mental, intervenciones grupales y/o familiares, por un período de a lo menos 12 meses después de egresado.

El carácter resolutivo de la modalidad de tratamiento y rehabilitación residencial, está dado por la realización de las siguientes acciones:

- Realizar ingreso de adolescentes y jóvenes al programa de tratamiento y rehabilitación.
- Confirmar la sospecha diagnóstica de consumo problemático en drogas, cuando esto no ha podido realizarse ambulatoriamente.
- Realizar diagnóstico clínico integral, que incluye el patrón de consumo y compromiso biopsicosocial, o actualización diagnóstica, considerando si corresponde, la información remitida por la institución derivante.
- Promover y acompañar el proceso de motivación al tratamiento, incorporando actividades que fortalezcan el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento y rehabilitación.
- Intervenir intensivamente con la familia o red de apoyo, de manera de fortalecerla y posibilitar el pronto reintegro del y la adolescente y joven.
- Definir un plan integral de tratamiento y rehabilitación que aborde y considere intervenciones en las áreas sugeridas en el diagnóstico integral (consumo de drogas, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, responsabilización, restauración de conductas asociadas a la infracción de ley, reparación e integración social). Esto debe realizarse en conjunto con equipo socioeducativo del SENAME, diferenciando y definiendo objetivos terapéuticos complementarios y/o especializados según el programa.
- Intervenir sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Tratar y mantener estabilizada la comorbilidad psiquiátrica asociada cuando corresponda.
- Fortalecer los factores protectores individuales, familiares y de red de apoyo que permitan el logro del proceso de cambio.
- Desarrollar y favorecer habilidades sociales en el usuario y usuaria.
- Implementar estrategias que permitan al y la joven y su familia desarrollar un estilo de vida saludable incompatible con el consumo problemático de alcohol y drogas.
- Trabajar en las habilidades del y la joven para su integración social, en coordinación con el equipo socioeducativo.

- Mantener informado al equipo socio educativo del SENAME, sobre los avances del proceso terapéutico.
- Fortalecer el vínculo o revincular, según corresponda, al usuario con las redes sociales, educacionales, familiares, culturales, laborales u otros que faciliten su desarrollo.
- Facilitar el proceso gradual de integración del usuario a una vida acorde a las necesidades de su etapa de desarrollo.
- Instalar y fortalecer estrategias de prevención de recaída en el y la adolescente o joven.
- Sensibilizar y asesorar a los equipos socioeducativo, familias y/u otros adultos significativos en prevención de recaídas del consumo problemático de drogas.
- Efectuar las coordinaciones necesarias para vincular al adolescente o joven con una red apoyo de acuerdo a sus necesidades específicas.
- Diseñar con el equipo socioeducativo o con la red de apoyo, el seguimiento post-egreso, en el contexto del adolescente o joven.
- Otorgar el alta clínica, comunicarla al equipo socioeducativo o red de apoyo y referir asistidamente a la red de atención de salud que corresponda a su necesidad.
- Realizar proceso de egreso por otras causales (derivación, alta administrativa, abandono) comunicarla al equipo socioeducativo y red de apoyo de existir, si corresponde.
- Ejecutar y evaluar el plan de seguimiento post - egreso, manteniendo al menos un contacto, inicialmente quincenal disminuyendo progresivamente esta frecuencia hasta un contacto mensual, con el joven, así como también con su familia, equipo socio educativo en el caso que lo hubiere y/o red de apoyo, para apoyar la mantención de mantener los logros terapéuticos alcanzados.
- Coordinar en conjunto con el equipo socioeducativo, la derivación asistida al tratamiento y rehabilitación en drogas en otros contextos de cumplimiento de la sanción principal según corresponda para su continuidad terapéutica.

Se debe resguardar la continuidad terapéutica del adolescente o joven hasta la consecución de los objetivos del plan de tratamiento y rehabilitación, garantizando su atención aún cuando existan cambios en el contexto del cumplimiento de su sanción principal o accesoria.

Esta modalidad se ejecuta a través de planes de tratamiento y rehabilitación residenciales en medio libre.

Esta modalidad contempla las siguientes etapas:

Acogida: Contempla el diagnóstico integral del problema que incluye las siguientes áreas: consumo de drogas, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, socialización y modulación de conductas transgresoras, reparación e integración social; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a la profundización de la motivación al cambio.

Tratamiento y rehabilitación: Etapa intermedia que aborda los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, manejo de la comorbilidad psiquiátrica si existe, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas, interviene en la reparación de experiencias traumáticas, duelos; junto con la evaluación de intereses, habilidades y competencias socio ocupacionales y apoyo al desarrollo de ellas.

Egreso: Consiste en la preparación para el egreso del plan de tratamiento y rehabilitación. Se fortalecen los cambios terapéuticos y los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración y reinserción socio ocupacional (educación, familia, grupo de pares, resignificación de espacios comunitarios, etc.).

Seguimiento: Corresponde a un período de post tratamiento o seguimiento, de 12 meses. Es realizado por el equipo que trató al adolescente o joven en coordinación con el equipo socioeducativo a cargo de la sanción principal. Dependiendo de su situación judicial, se sugiere que se realicen las siguientes actividades: entrevistas individuales, visitas domiciliarias, contacto telefónico u otras intervenciones, con una frecuencia inicialmente de manera quincenal, disminuyendo progresivamente hasta una frecuencia mensual, para evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados y ofrecer estrategias de apoyo en el caso de presentar dificultades. Esta etapa se realizará en conjunto con el equipo socio educativo del SENAME en caso que el joven al momento del egreso del tratamiento continúe cumpliendo una sanción o medida judicial.

Se informará en forma regular y oportuna al Tribunal de Garantía correspondiente sobre el cumplimiento de la sanción accesoria del adolescente infractor cuando corresponda.

Centros para su implementación:

Centros de tratamiento y rehabilitación residencial, públicos o privados, los que deben encontrarse debidamente autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional (Secretaría Regional Ministerial de Salud), disponer de infraestructura suficiente e indispensable que garantice la seguridad del/la adolescente o joven y el desarrollo de las intervenciones individuales, familiares y grupales. Deberán proporcionar espacios terapéuticos, de descanso, recreación y esparcimiento diferenciados y acorde a la etapa evolutiva de los usuarios/as.

4. MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA ADOLESCENTE.

Se define como un servicio de hospitalización cerrada, donde se otorga atención clínica de especialidad psiquiátrica, en un tiempo estimado no superior a los 60 días para usuarios/as que presenten:

- Intoxicación aguda por consumo de alcohol y/o drogas descartado riesgo vital
- Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa
- Co-morbilidad psiquiátrica grave descompensada
- Trastorno mental descompensado
- Riesgo vital (hetero y autoagresión)

Sus objetivos principales son:

- Contención del episodio agudo y estabilización del cuadro clínico
- Estudio diagnóstico acucioso y multi axial
- Definición de la modalidad de tratamiento

- Manejo clínico del síndrome de privación por consumo de alcohol y/o drogas
- Abordaje del cuadro clínico desde un enfoque biopsicosocial que permita la pronta identificación de los factores médicos, sociales y/o familiares que están condicionando la situación de crisis.

Tiene un carácter resolutivo en cuanto a la estabilización de la sintomatología, asociada a la descompensación que genera el ingreso, sin embargo, no da cuenta del tratamiento y rehabilitación completo para el trastorno de base, por lo que, al egreso, los usuarios y usuarias deben continuar su tratamiento en otra modalidad.

Los cuidados comprenden: atención psiquiátrica y de enfermería las 24 horas, acceso y administración de fármacos, atención de la crisis.

Estos cuidados se llevan a cabo a través de los siguientes servicios:

- Evaluación y tratamiento médico
- Evaluación y tratamiento psiquiátrico
- Atención psicológica individual, grupal y familiar
- Terapia farmacológica
- Intervenciones para Desintoxicación
- Psicoeducación (individual y familiar)
- Consejería individual y grupal
- Atención de enfermería
- Terapia ocupacional
- Intervenciones psicosociales
- Cuidados de 24 horas al día en un ambiente hospitalario
- Interconsultas necesarias que permitan un abordaje integral como apoyo nutricional, kinésico, de matrona y otras especialidades médicas, en caso que se requieran

En base a estos servicios se debe elaborar una rutina diaria dentro de la Unidad de Hospitalización.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a los/las beneficiarios/as de acuerdo a su estado y necesidades de salud y deben especificarse en planillas de registro ad hoc y ficha clínica.

Esta modalidad incorpora acciones de seguimiento con el objeto de dar continuidad a la intervención, ya sea que se indique ingreso a tratamiento en modalidad intensiva o residencial o para evaluar la mantención de los logros terapéuticos alcanzados y las dificultades para la integración al plan de tratamiento y rehabilitación posterior correspondiente. Estas acciones, incluyen reuniones de coordinación con el equipo correspondiente, por un período de hasta 15 días.

Se informará en forma regular y oportuna al Tribunal de Garantía correspondiente sobre el cumplimiento de la sanción accesoria del adolescente infractor cuando corresponda.

Duración del plan de tratamiento y rehabilitación: dependerá de las características del usuario, debiendo considerar el máximo estimado de 60 días.

Recurso humano: equipo multidisciplinario, liderado por un profesional de la salud mental con profesionales y técnicos capacitados en adolescencia (desarrollo evolutivo), infracción de ley, vulnerabilidad social, drogas, manejo de la comorbilidad psiquiátrica y situaciones clínicas de urgencia, de acuerdo a la complejidad de la atención de la modalidad y con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones indispensables definidas.

Especificidades de la modalidad de acuerdo al medio donde se ejecuta:

Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio libre:

Esta Hospitalización debe garantizar la seguridad del usuario y usuaria y el desarrollo de las intervenciones clínicas, por lo cual, deberán proporcionar espacios terapéuticos, de descanso, recreación y esparcimiento diferenciados y acorde a la etapa evolutiva de éstos/as.

Debe mantenerse la coordinación con los programas socioeducativos del SENAME y centro de tratamiento donde continuará el proceso de rehabilitación. Esto asegura un mayor soporte a la intervención brindada por el dispositivo y coherencia con las dimensiones de reparación y responsabilización otorgadas por el SENAME.

La derivación para el ingreso, la realiza el personal médico de la atención ambulatoria o residencial, profesionales de centros de urgencia o por requerimientos de otras unidades hospitalarias.

Centros para su implementación

En establecimientos hospitalarios públicos (de preferencia hospitales tipo 1 o 2), los que deben disponer de infraestructura suficiente e indispensable para la atención clínica de paciente, ubicados en un centro hospitalario. El centro hospitalario debe incluir condiciones de recursos humanos, equipamiento e infraestructura para proveer supervisión médica y/o de enfermería continua (24 horas), durante el tiempo que los consultantes lo requieran. Esta Unidad podrá contar con un máximo de 20 camas.

Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio privativo de libertad:

El equipo clínico de esta Unidad debe trabajar en estrecha y permanente complementariedad y coordinación con los equipos socioeducativos del SENAME y los equipos de salud mental y drogas del Centro Privativo de Libertad, que permita asegurar la continuidad de los cuidados una vez dados de alta de la hospitalización.

Como estas no son unidades de urgencia, los centros privativos de libertad deben contar con mecanismos expeditos para el traslado oportuno de adolescentes cuando estén en riesgo vital.

Las derivaciones serán realizadas por profesionales de los equipos ambulatorios intensivos ubicados al interior de los centros cerrados.

Centros para su implementación:

Establecimientos SENAME, centros cerrados (de internación provisoria y de cumplimiento de sanción privativa de libertad): con infraestructura suficiente e indispensable, que garantice la seguridad del adolescente y el desarrollo de las intervenciones clínicas a realizar en este plan de intervención. Debe contar, por lo tanto, con privacidad, diferenciación de espacios terapéuticos, espacios de

atención y estabilización clínica, espacios de espera, descanso y recreación acorde con la etapa evolutiva de la adolescencia. El centro debe incluir condiciones de recursos humanos, equipamiento e infraestructura para proveer supervisión médica y/o de enfermería continua (24 horas), durante el tiempo que los consultantes lo requieran.

Glosario Técnico SISTRAT

Convenio SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI
2016

INTRODUCCIÓN.

El presente documento contiene un conjunto de definiciones necesarias para que los equipos de profesionales y técnicos responsables de proveer una adecuada atención de salud a aquellas personas con problemas asociados al consumo de sustancias, dispongan de una terminología mínima estandarizada, que permita que el registro y análisis de los datos reunidos a través del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), Convenio SENDA- MINSAL SENAME – GENCHI, sea útil, fiable y comparable.

El Glosario Técnico consta de 7 secciones, las que corresponden a cada una de las fichas de registro existentes en SISTRAT: ficha de demanda, ficha de ingreso, ficha mensual, ficha de evaluación de etapa diagnóstica, ficha de evaluación del proceso de tratamiento, ficha de egreso y ficha de seguimiento.

Para un mejor provecho del documento se sugiere utilizar el apoyo del convenio de Colaboración Técnica y sus anexos vigentes.

FICHA DE DEMANDA

Esta ficha debe llenarse *en el momento* en que el centro de tratamiento toma conocimiento de la existencia de la necesidad de tratarse de un adolescente con infracción de ley. Esta información puede generarse a través de la solicitud de atención emanada desde otro centro de tratamiento de la red, desde un juzgado de garantía o juzgado oral en lo penal, equipos de SENAME o desde equipos colaboradores de SENAME que administran las sanciones y medidas de la ley 20.084.

Esta ficha permite construir la lista de espera del centro y por lo tanto conocer la cantidad de potenciales usuarios de dicho centro.

Un mismo usuario puede estar demandado en más de un centro de tratamiento, por lo tanto el realizar esta ficha NO tiene implicancias administrativas ni tampoco significa que el usuario necesariamente será ingresado a tratamiento en ese centro.

Variables a ingresar:

1. Fecha solicitud de atención

Corresponde a la fecha en que se solicita la atención de tratamiento del usuario (fecha en que se toma contacto con delegado de SENAME, fecha de la solicitud desde el juzgado, etc.), es decir, cuando el centro recibe la solicitud con los requisitos necesarios para poder darle una hora de atención al usuario.

2. Nombre de usuario/paciente

Nombre del adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias

3. Primer apellido

Primer apellido del adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias

4. Segundo apellido

Segundo apellido del adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias

5. Rut del usuario

RUT del adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias.

6. Teléfono de contacto

Teléfono de contacto que permitan ubicar al adolescente que demanda tratamiento, puede ser de él, de la familia, etc.

7. Sexa

Sexo del adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias.

8. Fecha nacimiento

Día, mes y año de nacimiento del adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias.

9. Región de residencia

Región donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.

10. Comuna de residencia

Comuna donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.

11. Nombre adulto a cargo

Se refiere al nombre de la persona, mayor de edad, responsable del cuidado integral del adolescente.

12. Teléfono de contacto

Se refiere al número de teléfono mediante el cual es posible ponerse en contacto con el adulto a cargo del adolescente.

13. Parentesco o relación

Corresponde al vínculo -consanguíneo o no- que el adulto a cargo, tiene con el adolescente.

14. Sustancia principal

Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.

Valores Posibles:

1. Alcohol
2. Marihuana
3. Cocaína
4. Pasta Base
5. Anfetaminas
6. Inhalables (neopren, "poppers", pegamentos, solventes, gasolina, aerosoles, etc).
7. Crack
8. Éxtasis
9. LSD
10. Fenilciclidina
11. Hongos
12. Otros alucinógenos
13. Heroína
14. Metadona
15. Otros Opioides analgésicos (Morfina, Codeína, Meperidina, Demerol, Tramadol, Tramal)
16. Metanfetaminas y otros derivados

17. Otros Estimulantes
18. Sedantes (Diazepam, Valium, Clonazepam, Ravotril, Alprazolam, Amprax, Lorazepam, Zopiclona, Dormonid, Midazolam, Adax, Barbitúricos, Fenobarbital, etc).
19. Hipnóticos
20. Esteroides anabólicos
21. Sin sustancia principal (para contexto privativo de libertad)
22. Otros: Especifique.

15. Número de tratamientos previos

Se refiere a la cantidad total de tratamientos por consumo problemático de alcohol y otras drogas iniciados antes de la consulta actual, sin importar si éstos han sido abandonados o hayan concluido con alta terapéutica.

16. Situación legal actual

Corresponde a un listado abreviado de las sanciones o medidas que aparecían en las variable "Sanción o Medida de la Ley N° 20.084". Se refiere a la sanción o medida de la ley 20.084 que está cumpliendo el adolescente y por la cual es beneficiario de este programa. Si el adolescente cumple más de una sanción, debe consignarse aquella más gravosa.

Valores posibles:

1. Cautelar o Sanción en Medio Libre
2. Cautelar o Sanción en CIP-CRC
3. Sanción Sección Juvenil
4. Sanción en CSC

17. Tipo de contacto

Se refiere al medio a través del cual se realiza la demanda de atención.

Las siguientes son las variables posibles:

1. Presencial
2. Telefónica
3. Correo postal
4. Digital
5. Otra

18. Quien solicita la hora

Se refiere a la persona que solicita o demanda la atención del adolescente y realiza el contacto con el centro. Los valores posibles son los siguientes:

1. Usuario/a
2. Familiar
3. Sector Justicia (Fiscal, Juzgado, Consejero)
4. Centro de Salud
5. Otro Centro de Tratamiento

6. Sename
7. Gendarmería de Chile
8. Servicios Sociales
9. Colegio
10. Otros. Especifique.

19. Quién deriva

Hace referencia a la persona o institución en la cual se origina la demanda de atención.

Los valores posibles son los siguientes:

1. Programa Sename Licitado
2. Programa Sename de Administración Directa
3. Gendarmería de Chile
4. Tribunal Penal/Sanción Accesoría
5. Tribunal/SCP
6. Tribunal de Familia
7. Otro. Especifique
8. Equipo Psicosocial Subsecretaría
Prevención del Delito (Secciones
Juveniles)

20. Fecha de atención ofrecida

Se refiere a la fecha más próxima disponible para la realización de la primera atención.

20. No pertinente/no corresponde

Se refiere a la inadmisibilidad del ingreso del adolescente a tratamiento.

Los valores posibles son los siguientes:

1. Por tipo de sanción
2. Por diagnóstico
3. Otro. Especifique

21. No fue posible una hora de citación

Se refiere a la imposibilidad del centro o programa de ofrecer una fecha de atención específica. En este caso se debe explicitar una fecha aproximada en "Mes estimado".

22. Fecha primera atención realizada

Consigna la fecha en la cual se brindó concretamente la atención al adolescente. En los casos en los que

ésta no se hizo efectiva, se indica "NSP", tal como se puede observar en la imagen más abajo, lo cual indica que el adolescente no asistió a la citación. Se asigna una nueva fecha de atención en la variable "Fecha de atención realizada" en la que efectivamente ésta se concretó.

Día			Mes			Año			NSP			
a) Fecha Ira Atención Realizada							a) Fecha Atención Realizada					

23. Fecha ofrecida de atención resolutive

Corresponde a una última citación calendarizada. Se debe consignar además si el joven recibió atenciones entre "a" y "b", tal como se puede observar en la siguiente imagen:

Día			Mes			Año			Sí		No	
b) Fecha Ofrecida de Atención Resolutive						Recibió Intervenciones entre a y b						

24. Observaciones

Se incluye un apartado para registrar situaciones relevantes respecto a la atención de dicho adolescente.

25. Fecha de ingreso a lista de espera

Si el centro no cuenta con cupos disponibles para efectuar el ingreso del adolescente a tratamiento, se deberá consignar la fecha en que este adolescente comenzará a estar en la lista de espera.

26. Solicitud de atención rechazada

Si, al momento de llenar la ficha, el centro decide no ingresar al adolescente a tratamiento, ya sea por razones técnicas (requiere otro tipo de intervención, etc.) o administrativas (disposición judicial, fuga, etc.) se consigna Sí y esta ficha de usuario será trasladada a los históricos. Al contrario, si el objetivo es que a futuro ingrese a tratamiento deben consignar NO, y así este usuario estará en los activos a la espera de su ingreso a tratamiento.

Si con posterioridad al llenado de esta ficha, el equipo decide "NO" ingresar al usuario a tratamiento, entonces deberá volver sobre esta ficha y actualizarla consignando un "SÍ" ante la pregunta demanda rechazada, así esta ficha se trasladará a los usuarios históricos.

FICHA DE INGRESO

Esta ficha debe aplicarse durante el primer mes de ingreso al programa de tratamiento, de manera que la información que se registre corresponda al estado de situación de la persona al momento de incorporarse al tratamiento.

En aquellos casos en que no fue posible registrar la información durante el primer mes, los datos que se registren deben igualmente hacerse en relación al momento en que ingresó la persona al tratamiento y no al momento en que se recogió la información, es decir de manera retrospectiva.

Sección 1. Ingreso a Tratamiento

1. Rut del usuario

RUT del adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias. Esta información aparece automáticamente ya que se extrae de la ficha de demanda.

2. Fecha Ingreso Tratamiento

Fecha (día/mes/año) en que el adolescente ingresa al programa de tratamiento.

3. Consentimiento Informado

Se refiere a la aceptación firmada por el adolescente usuario, (o familiares, ante la imposibilidad de consentir del usuario o usuaria), sobre determinadas actuaciones clínicas, después de tener la suficiente información sobre su conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas. El consentimiento informado se debe expresar en un documento que debe estar en la ficha clínica o carpeta individual del usuario. Su presencia se manifiesta pinchando en el recuadro del lado derecho.

4. Sanción Accesorio

La ley 20.084, en su artículo 7°, plantea la posibilidad de que el juez otorgue una sanción accesoria correspondiente al tratamiento por consumo problemático de sustancias a los adolescentes que lo requieran. Se debe consignar si el usuario tiene o no esta sanción.

5. Origen ingreso/ referencia

Se refiere a la fuente de referencia principal (¿quién está solicitando la atención de tratamiento para este adolescente?)

Valores Posibles:

1. Centro colaborador de SENAME que administra sanciones y medidas.
2. CRC SENAME
3. CIP SENAME
4. Usuario
5. Otro centro en convenio

6. Otro centro sin convenio
7. Gendarmería de Chile
8. Dupla derivadora de fiscalía
9. Tribunal
10. Otro
11. XX

6. Sanción o medida de la ley 20.084 por la cual ingresa a tratamiento

Se refiere a la sanción o medida de la ley 20.084 que está cumpliendo el adolescente y por la cual es beneficiario de este programa. Si el adolescente cumple más de una sanción, debe consignarse aquella más gravosa.

Valores Posibles:

1. Amonestación con Sanción Accesorias
2. Reparación del daño causado
3. Servicios en Beneficio a la comunidad con Sanción Accesorias
4. Libertad asistida
5. Libertad asistida especial
6. Cautelar medio libre
7. Internación provisoria (CIP)
8. Semi Cerrado
9. Internación en Centro Cerrado (CRC)
10. Internación en Sección Juvenil
11. Suspensión condicional del procedimiento con condición SENDA
12. Suspensión condicional del procedimiento con condición SENAME
13. Suspensión condicional del procedimiento con ambas condiciones

7. Región Programa SENAME contraparte

Se debe consignar la región a la que pertenece el programa de SENAME que será la contraparte en el proceso de tratamiento del adolescente. Si se trata de un adolescente que no posee programa SENAME contraparte (secciones juveniles, amonestación, etc.) se deberá consignar la región del juzgado que ha procesado al adolescente y que hace posible que éste sea un beneficiario de este convenio.

8. Programa SENAME que es contraparte

Se debe consignar el nombre del equipo SENAME que es contraparte en el proceso de tratamiento de este usuario. De no contar con un equipo contraparte (sección juvenil, amonestación, etc.) se debe consignar sin programa SENAME contraparte. Si un usuario tiene más de un programa SENAME ya que cumple más de una sanción, siempre debe consignarse la sanción de mayor duración.

9. Delito Tipo

Debe consignarse el tipo de delito que da origen a la sanción que está cumpliendo el adolescente. Si hubiera cometido más de un delito que da origen a más de una sanción, siempre consignar el que da origen a la sanción consignada en la pregunta 7.

Valores posibles:

- Crímenes o simples delitos considerados en la Constitución
- Crímenes o simples delitos contra la fe pública
- Crímenes o simples delitos contra la propiedad
- Crímenes o simples delitos contra las personas
- Crímenes o simples delitos contra el orden de las familias
- Otros crímenes, simples delitos y faltas en leyes especiales
- Faltas
- Violencia intrafamiliar cometida por el adolescente
- Otro(s)

10. Delito Causa

Debe consignarse la causa del delito que da origen a la sanción que está cumpliendo el adolescente. Si hubiera cometido más de un delito que da origen a más de una sanción, siempre consignar el que da origen a la sanción consignada en la pregunta.

11. Plan al que ingresa

Se refiere al tipo plan de tratamiento que recibe el usuario.

Valores posibles:

- Plan Ambulatorio Intensivo Medio Libre (PAI ML)
- Plan Ambulatorio Intensivo Medio Privativo (PAI MP)
- Plan Residencial (PR ML)
- Plan Sección Juvenil (SJ)
- Plan Unidad Hospitalaria de Corta Estadía Medio Libre(UHCE ML)
- Plan Unidad Hospitalaria de Corta Estadía Medio Privativo(UHCE MP)

12. País de Nacimiento

País donde nació el adolescente que presenta el problema de consumo de sustancias

12. Nacionalidad

La nacionalidad es el vínculo jurídico que une a la persona con el estado. El individuo disfruta de unos derechos que puede exigir a la organización estatal a la que pertenece y ésta, como contrapartida, puede imponerle el cumplimiento de una serie de obligaciones y deberes.

13. Etnia

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Pertenece Ud. a alguno de estos pueblos originarios o indígenas?

Valores Posibles:

1. Mapuche
2. Aimara
3. Atacameño
4. Quechua
5. Rapa Nui
6. Colla
7. Yámana
8. Alacalufe
9. Diaguitas
10. No pertenece

14. Estado Conyugal

Se refiere a la situación conyugal de hecho, siendo cada categoría excluyente del resto. Por ejemplo, Sí una persona se declara "conviviente", esta categoría prima por sobre el hecho de que sea soltera, viuda, separada (de su anterior cónyuge) o anulada. **(Se registra el estado conyugal que la persona tiene al momento de ingreso a tratamiento)**

Valores Posibles:

- 1) Casado(a): Asigne esta categoría sólo aquellos jóvenes casados legalmente y que viven con pareja.
- 2) Conviviente o pareja: Asigne esta categoría a aquellos jóvenes que hacen vida marital sin estar casados legalmente.
- 3) Anulado(a): Asigne esta categoría a aquellos jóvenes separados legalmente a través de juicio de nulidad.
- 4) Separado: Asigne esta categoría a los jóvenes que habiendo estado casados o conviviendo actualmente se encuentran viviendo separados.
- 5) Divorciado: Asigne esta categoría a aquellos jóvenes que habiendo estado casados, disolvieron el matrimonio a través del procedimiento legal correspondiente.
- 6) Viudo: Asigne esta categoría a aquellos jóvenes cuyo cónyuge ha fallecido y que no conviven ni están casados nuevamente.
- 7) Soltero: Asigne esta categoría a aquellos jóvenes que nunca han estado casados y actualmente no conviven.

15. Número de Hijos

Se refiere al número de hijos que la persona tiene al momento de ingresar al tratamiento (se consideran los hijos engendrados, criados o adoptados).

16. Se encuentra inserto en sistema escolar

Debe consignarse si el adolescente está o no inserto en el sistema educacional, ya sea a través del sistema formal o en un programa de re escolarización.

Valores posibles:

1. Sí
2. No

17. En caso de no estar inserto en sistema escolar, señalar años de deserción escolar

Se debe consignar la cantidad de años que en total el joven ha estado fuera del sistema escolar. En caso de estar inserto en el sistema escolar, se debe consignar 0 años.

18. Escolaridad (último año cursado)

Corresponde al último año que el joven cursó y aprobó en el sistema escolar, ya sea en el sistema formal o a través de programas de reescolarización.

Valores posibles:

1. Básica incompleta
2. Básica completa
3. Media incompleta
4. Media completa
5. Técnica incompleta
6. Técnica completa
7. Universitaria incompleta
8. Universitaria completa
9. No sabe o no se aplica
10. Sin escolaridad pero lee y escribe
11. Educación diferencial
12. Programa especial básica (nivelación, alfabetización, exámenes libres)
13. Programa especial media (nivelación, alfabetización, exámenes libres)
14. Sin estudios

19. Estado Ocupacional/ Laboral

Se refiere a la distinción entre la población trabajadora y no trabajadora.

Esta variable busca establecer si la persona desarrolló alguna actividad laboral o productiva, es decir, si participó en la producción de un bien o servicio para la venta o para el autoconsumo, por un mínimo de una hora semanal en la semana anterior (lunes a domingo) a la entrevista. Los quehaceres del hogar no son considerados una actividad productiva o razón de ocupación.¹

Valores Posibles:

- | | |
|--|--|
| 1. Trabajando actualmente* | 7. Incapacitado(a) permanente para trabajar |
| 2. Busca trabajo por primera vez | 8. Personas que viven en instituciones |
| 3. Cesante | 9. Rentistas**** |
| 4. Quehaceres del Hogar | 10. Personas en situación de calle que no trabajan |
| 5. Estudiando sin trabajar** | 11. Sin Actividad. |
| 6. Pensionado(a) o Jubilado(a) sin trabajar*** | |

Notas:

***Trabajando actualmente:** incluye a:

1. Personas de 12 años o más, que durante la semana pasada (desde el momento de la consulta) haya realizado algún trabajo (actividad productiva con remuneración en dinero o especies), al menos 1 hora, excluyendo los quehaceres del hogar.
2. Aquellas personas que realizaron actividades informales u ocasionales por un sueldo o salario, por su cuenta, en una empresa, en especies o metálico, como aprendiz (práctica) o que haya realizado una actividad para un familiar.
3. Personas que tienen trabajo, pero se encuentran ausentes temporalmente por licencia, enfermedad, huelga, vacaciones u otra razón.

****Estudiando sin trabajar:** Asigne este código cuando la persona declara que estudia y no busca trabajo por esa razón.

*****Jubilado (o montepiado o pensionado):** Personas que perciben un ingreso (jubilación), proveniente del sistema previsional, por el trabajo realizado mientras fueron económicamente activas. Incluya en esta categoría a quienes se declaran jubilados, montepiadas y también a quienes perciben una Pensión Asistencial entregada por el Estado. Las montepiadas son mujeres viudas que perciben un ingreso (montepío) proveniente del sistema previsional, por el trabajo realizado por su marido mientras fue económicamente activo.

******Rentistas:** Personas que, aunque no trabajan, perciben un ingreso (renta) derivado de propiedades, acciones, intereses por ahorros, depósitos bancarios, etc.

20. Con quién vive

Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, en el caso de jóvenes privados de libertad, considerar con quién vivía 30 días antes de su detención.

Valores Posibles:

- | | |
|--|--|
| 1. Solo | 7. Únicamente con Hijos y Padres o Familia de Origen |
| 2. Únicamente con Pareja | 8. Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen |
| 3. Únicamente con Hijos | 9. Con amigos |
| 4. Únicamente con Padres o Familia de Origen | 10. Otro |
| 5. Únicamente con la Pareja e Hijos | |
| 6. Únicamente con la Pareja y Padres o Familia de Origen | |

21. Dónde vive

Indique el tipo de vivienda según los siguientes códigos: (en el caso de jóvenes privados de libertad, considerar dónde vivía 30 días antes de su detención.)

¿El tipo de vivienda donde usted vive es....?

Valores Posibles:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Casa | 5. Residencial, pensión, hostal |
| 2. Departamento | 6. Hospedería |
| 3. Mediagua | 7. Choza, rancho, ruca |
| 4. Pieza dentro de la vivienda | 8. Caleta o punto de calle |

Sección 3. Caracterización de Consumo Sustancias

22. Sustancia Principal

Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.

Valores Posible

- | | | |
|---------------|--|-------------------|
| 1. Alcohol | 5. Crack | 7. Extasis |
| 2. Marihuana | 6. Inhalables: neopren, GHB, óxido nitroso (gas hilarante), "poppers", solventes, gasolina, diluyente. | 8. LSD |
| 3. Cocaína | | 9. Fenilciclidina |
| 4. Pasta Base | | 10. Hongos |

- | | | |
|--|---|---|
| 11. Otros Alucinógenos | 15. Anfetaminas | 19. Hipnóticos |
| 12. Heroína | 16. Metanfetaminas y otros derivados | 20. Esteroides Anabólicos |
| 13. Metadona | 17. Otros Estimulantes | 21. Sin sustancia principal (para contexto privativo de libertad) |
| 14. Otros Opioides
Analgésicos: morfina, codeína, meperidina, demerol, tramadol, tramal | 18. Sedantes: diazepam, Valium, clonazepam, Ravotril, alprazolam, adax, barbitúricos, fenobarbital. | 22. Otros |

23. Otra Sustancia n°1

Se refiere a otra sustancia que también esté motivando la consulta.

24. Otra Sustancia n°2

Se refiere a una tercera sustancia que también esté motivando la consulta.

25. Otra Sustancia n°3

Se refiere a una cuarta sustancia que también esté motivando la consulta.

26. Frecuencia de Consumo (Sustancia Principal)

Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

Valores Posibles:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Todos los días | 5. Menos de 1 día / semana |
| 2. 4-6 días / semana | 6. No consumió |
| 3. 2-3 días / semana | 7. Desconocido |
| 4. 1 día / semana | |

27. Vía de Administración (Sustancia Principal)

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Cuál ha sido la vía más frecuente de administración de esta sustancia durante los últimos 30 días?

Valores Posibles:

- | | |
|--|---|
| 1. Inyectada (intravenosa o intramuscular) | 4. Intranasal (aspiración de polvo por la nariz) |
| 2. Fumada o Pulmonar (aspiración de gases o vapores) | 5. Otros |
| 3. Oral (bebida o comida) | 6. No sabe |

28. Edad de Inicio (Sustancia Principal)

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Qué edad tenía cuando inició el consumo de esta droga?

29. Número de tratamientos anteriores

Respuesta a la siguiente pregunta "¿Cuántas veces ha sido tratado usted por su consumo de alcohol o drogas?"

Tratamiento: dentro o fuera del convenio, incluida corta estadía, consejería como paciente interno o externo, y A.A. (si asistió a 3 o más reuniones durante el período de un mes).

Sección 4. Caracterización de la situación de infracción de ley

La información que se solicita en este módulo de la ficha de ingreso corresponde a la información que otorga el propio adolescente, por ende tiene un *uso estrictamente clínico* y permitirá al equipo conocer la percepción que el adolescente tiene de su propia conducta infractora. Para completar estas preguntas NO es procedente ni necesario obtener información desde juzgados, SENAME, registro civil, o cualquier otra vía formal, de manera categorizada.

30. Número de medidas anteriores

Se debe consignar la cantidad de medidas en medio libre, que el adolescente reporta haber cumplido con anterioridad al ingreso al tratamiento. Las medidas contempladas en la ley 20.084 son:

- 1.- Medidas cautelares (jóvenes imputados)
- 2.- Salidas Alternativas: en ellas encontramos dos tipos:
 - Suspensión condicional del procedimiento
 - Acuerdos Reparatorios.

31. Número de sanciones anteriores

Se debe consignar la cantidad de sanciones en medio libre, que el adolescente reporta haber cumplido con anterioridad al ingreso al tratamiento. Las sanciones contempladas en la ley 20.084 son:

1. Amonestación
2. Multa
3. Reparación del daño causado
4. Prohibición de conducir vehículos motorizados
5. Servicio en beneficio de la comunidad
6. Libertad Asistida
7. Libertad Asistida Especial

32. Edad de la primera detención

Se debe consignar la edad en que el adolescente reporta haber sufrido su primera detención. La primera detención se entenderá como aquella en el marco de

33. ha tenido ingresos a CIP

Se debe consignar si o no dependiendo si el joven refiere haber ingresado al Centro de Internación Provisoria.

34. Ha tenido ingresos a CRC

Se debe consignar si o no dependiendo del reporte del joven respecto a si ha sido ingresado al Centro de Régimen Cerrado.

35. Número de meses que ha permanecido privado de libertad, ya sea CIP o CRC

Se debe consignar la cantidad máxima de meses que el joven refiere haber estado privado de libertad. No son sumativas, sino que en una internación, cuánto es la cantidad máxima de meses que estuvo privado de libertad.

FICHA MENSUAL

La ficha mensual corresponde al registro de las prestaciones que recibe cada usuario durante un mes calendario. Estas prestaciones pueden realizarse en el centro de tratamiento o en terreno, para ello el registro considera ambas opciones en apartados diferentes.

La ficha está compuesta por un calendario de días (eje horizontal) y las posibilidades de prestaciones a realizar (eje vertical)

1. Etapa de tratamiento

Corresponde a la etapa del tratamiento en que se encuentra el adolescente. La duración y permanencia de cada usuario en las etapas las define el equipo clínico en base a las normas y orientaciones técnicas del convenio. Las etapas se dividen en:

1. Diagnóstico
2. Tratamiento
3. Preparación para el egreso.

2. Mes de Registro

Corresponde al mes y año calendario en que el adolescente recibió las prestaciones. Este registro se actualiza automáticamente.

3. Número Meses En Tratamiento

Corresponde al número de meses que el adolescente lleva en el programa de tratamiento. Este registro se actualiza automáticamente.

4. Número Días Asistencia

Corresponde al número de días que el adolescente y/o su familia asistió físicamente al programa de tratamiento en el mes señalado.

5. Número Días de contacto en terreno

Corresponde al número de días que el adolescente y/o su familia es contactado en un lugar distinto al centro de tratamiento, como por ejemplo: la vivienda del joven, su barrio, su colegio, programa SENAME, juzgado, etc.

6. Nombre Prestación y Cantidad Ejecutada en el centro

Corresponde registrar el tipo y número de prestaciones que el usuario recibió durante el mes de registro señalado.

7. Nombre Prestación y Cantidad Ejecutada en terreno

Corresponde registrar el tipo y número de prestaciones que el usuario recibió durante el mes de registro señalado.

1. Consulta de Salud Mental
2. Intervención Psicosocial de Grupo
3. Visita Domiciliaria
4. Consulta Médica
5. Consulta Psicológica
6. Consulta Psiquiátrica
7. Psicoterapia individual
8. Psicoterapia Grupal
9. Psicodiagnóstico

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA ETAPA DIAGNÓSTICO

Cuando un usuario cambia de etapa de diagnóstico a tratamiento, el sistema solicitará completar la ficha de evaluación de la etapa de diagnóstico, en cual deberán consignarse los resultados de dicho proceso.

1. Diagnóstico Trs. Consumo Sustancia

Especificar si el trastorno por consumo de la sustancia principal corresponde a: *Dependencia* o *Consumo Perjudicial*. Según los criterios de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros Problemas de Salud (CIE-10).

En el caso de los programas que se desarrollan en contextos privativos de libertad existe la opción de ingresar sin consumo problemático, puesto que la causal de ingreso en estos casos son "otros problemas de salud mental".

2. Diagnóstico Trs. Psiquiátrico CIE-10

Trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia. Según los criterios CIE-10.

Valores Posibles:

- | | |
|---|--|
| 1. Trastornos mentales orgánicos | 6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto |
| 2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes | 7. Retraso Mental |
| 3. Trastornos del humor (afectivos). | 8. Trastornos del Desarrollo Psicológico |
| 4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 9. Trs. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia |
| 5. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 10. Sin trastorno |

3. Diagnóstico Trs. Psiquiátrico DSM-IV

Trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia. Según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Valores Posibles:

- | | |
|--|---|
| 1. Trastornos del estado de ánimo | 6. Trastornos de la conducta alimentaria |
| 2. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | 7. Trastornos disociativos |
| 3. Trastornos de ansiedad | 8. Trastornos somatomorfos |
| 4. Trastornos de la personalidad | 9. Trastornos sexuales y de la identidad sexual |
| 5. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos | 10. Trastornos facticios |
| | 11. Trastornos del sueño |

- | | |
|---|---|
| 12. Trastornos adaptativos | 15. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica |
| 13. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados | 16. Sin trastorno |
| 14. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia | |

4. Diagnóstico Trs. Físico

Patología somática asociada al trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia).

Valores Posibles:

- | | |
|---|--|
| 1. Ausente | 9. Traumatismos y secuelas secundarios |
| 2. Hepatitis alcohólica subaguda | 10. Otras enfermedades o condiciones físicas limitantes |
| 3. Hepatitis crónica | 11. Patología de la gestión y del niño intrauterino |
| 4. Enfermedades somáticas | 12. Anemia: megaloblástica y ferropénica |
| 5. Hepatitis B, C, D | 13. Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA |
| 6. ETS | 14. Patología Bucal |
| 7. Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital | 15. En estudio |
| 8. Infecciosas relacionadas con uso de sustancias | |

5. Otros Problemas de Atención Clínica

Otros estados o problemas que requieren de atención de salud mental. No se refiere sólo a un antecedente biográfico, sino a problemas que pueden ser objeto de atención clínica y que se relacionan con trastornos mentales.

Valores Posibles:

- | | |
|--|---|
| 1. Violencia Intrafamiliar | 5. Prisionización |
| 2. Abuso Sexual | 6. Otros |
| 3. Explotación comercial sexual infantil | 7. Sin otros problemas de atención clínica. |
| 4. maltrato infantil | |

6. Compromiso Biopsicosocial

Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen sustancias, y de su entorno.

Valores Posibles:

1. Leve
2. Moderado
3. Severo

7. ¿Se trata de una mujer embarazada?

Al momento del término del diagnóstico, registrar si la joven está embarazada.

8. Contrato Terapéutico

El contrato terapéutico es una estrategia útil para explicar por escrito las condiciones del tratamiento, en el cual él o la adolescente y su familia, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento y rehabilitación; al igual que el equipo terapéutico se compromete a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema de consumo.

FICHA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO

Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en períodos definidos, cada 2 meses a partir de la fecha de *ingreso a la etapa de tratamiento*. Dice relación con los avances o retrocesos que los usuarios van teniendo durante el proceso terapéutico en base a lo establecido en los objetivos propuestos en su plan de intervención individual.

Las categorías de respuestas son:

Con Avances: Cuando ocurra cualquier cambio favorable en relación a la evaluación anterior, en las variables señaladas, que contribuya al logro de los objetivos planteados.

Sin Avances: se mantienen los indicadores sin modificación respecto de la evaluación anterior.

Con Retroceso: Cuando ocurra cualquier cambio desfavorable en a las variables en relación a la evaluación anterior, que obstaculicen o disminuyan las probabilidades de lograr los objetivos del proceso terapéutico

Las variables a evaluar son las siguientes:

1. Patrón de Consumo:

El tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.

2. Situación Familiar:

Calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.

3. Relaciones Interpersonales:

Calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.

4. Situación Ocupacional:

Tipo de ocupación y nivel de inserción laboral. Se incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).

6. Estado de Salud Mental:

Existencia, evolución de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE-10 o DSM-4

7. Estado de Salud Física

Considera la existencia de algún problema de salud física asociado al consumo, como también el control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable.

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha personal del proceso de tratamiento de las personas, se definen tres categorías de consenso para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

5. Cumplimiento Sanción o medida:

Cómo ha avanzado respecto del plan de intervención individual o programa de actividades que establece la sanción principal.

FICHA DE EGRESO

Esta Ficha se debe registrar cada vez que el usuario egresa del programa de tratamiento, independiente del motivo. La aplicación de la *Ficha de Egreso*, es de suma relevancia clínica y epidemiológica, pues permite tener una aproximación a los resultados terapéuticos, y a la permanencia en los tratamientos.

1. Fecha Egreso Tratamiento

Fecha (día/mes/año) en que el usuario egresa del programa de tratamiento. *Egreso*: término de la relación entre la persona y el centro de tratamiento.

2. Motivo de Egreso Tratamiento

Se considerarán motivos de egreso de un programa,

1. **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos. Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con el o la joven.
2. **Alta Administrativa:** Decisión del equipo tratante de egresar al adolescente. Al seleccionar esta opción debe especificar la causa.
 - **Alta disciplinaria:** egreso producido por incumplimiento grave a las normas de convivencia como robo reiterado, tráfico al interior del centro, agresiones graves, etc.
 - **Cambio de domicilio:** egreso producido por cambio de lugar de residencia.
 - **Cambio de sanción:**¹ egreso producido por cambio de sanción.
 - **Término de sanción**² egreso producido por término de sanción.
 - **Muerte:** egreso producido por fallecimiento del usuario.
3. **Derivación a centro en convenio:** traslado por indicación o sugerencia del equipo a otro centro perteneciente al convenio SENDA- MINSAL- SENAME- GENCHI, que resuelva su motivo de consulta; ya sea por motivos clínicos (mayor o menor complejidad del caso) o por razones administrativas; Ej. por cambio de domicilio, cambio de sanción u otro.
4. **Derivación a centro sin convenio:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; ya sea por motivos clínicos (mayor o menor complejidad del caso) o por razones administrativas; Ej. por cambio de domicilio. Se trata de centros que están fuera de la red de centros pertenecientes al convenio SENDA- MINSAL- SENAME- GENCHI.
5. **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

¹ El cambio de sanción no debe implicar en sí mismo el término de un proceso terapéutico, dado que se debe velar siempre por la continuidad de los cuidados. Esta causal se da sólo ante la imposibilidad de derivar a otro dispositivo de la red.

² El término de sanción no debe implicar en sí mismo el término de un proceso terapéutico, dado que se debe velar siempre por la continuidad de los cuidados. Esta causal se da sólo ante la imposibilidad de derivar a otro dispositivo de la red.

3. Evaluación del Proceso Terapéutico

Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, de los adolescentes en tratamiento y su familia, del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

Las categorías de consenso son:

Logro Alto: alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.

Logro Intermedio: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.

Logro Mínimo: con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

Las variables a evaluar son las mismas utilizadas en la evaluación parcial del proceso terapéutico:

4. Patrón de Consumo:

El tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.

5. Situación Familiar:

Calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.

6. Relaciones Interpersonales:

Calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.

7. Situación Ocupacional:

Tipo de ocupación y nivel de inserción laboral. Se incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).

8. Estado de Salud Mental:

Existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE-10 o DSM-4

9. Estado de Salud Física

Considera la existencia de algún problema de salud física asociado al consumo, como también el control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable.

10. Cumplimiento de sanción o medida:

Considera el grado de cumplimiento que el joven ha mostrado del cumplimiento de sanción o medida principal impuesta por el juez.

11. Diagnóstico Trastorno Psiquiátrico CIE-10:

Se deberá registrar el Diagnóstico Trastorno Psiquiátrico CIE-10 con que egresa el usuario. Hay tres niveles o categorías con el mismo listado desplegable para consignar de mayor a menor relevancia clínica.

FICHA DE SEGUIMIENTO

Esta Ficha se aplica cada 2 meses, durante un año, desde el egreso del usuario por *Alta Terapéutica*. Interesa conocer la situación de la persona posterior a su alta terapéutica del programa, en relación a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados.

1. Actividad de Seguimiento Mensual

Se refiere al período en que se realiza la medición.

2. Prestaciones Recibidas y Cantidad Ejecutada

Corresponde registrar el tipo y número de intervenciones que el usuario recibió durante los 3 meses de seguimiento. Para lo cual se utilizan 4 categorías:

1. Intervención Individual (incluye las consultas de salud mental, las psicológicas y médicas)
2. Intervención Grupal (incluye la intervención psicosocial de grupo, psicoterapia grupal, reuniones de grupo de seguimiento, etc.).
3. Intervención Familiar (incluye las consultas de salud mental familiar y la psicoterapia familiar).
4. Visita Familiar (la visitas domiciliarias al usuario y/o familia).

3. Evaluación de la Mantención de los Logros Terapéuticos

Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona tratada y su familia, respecto a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados al egreso.

Las variables a evaluar son:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Patrón de Consumo: | 5. Estado de Salud Mental: |
| 2. Situación Familiar: | 6. Estado de Salud Física |
| 3. Relaciones Interpersonales: | |
| 4. Situación Ocupacional: | 7. Situación Legal. |

Actualizaciones de sistema 2016

Ficha de Ingreso:

En pestaña Caracterización de Infracción de Ley, las variables "Número de veces que ha ingresado a CIP" y "Número de veces que ha ingresado a CRC" son reemplazados por "Ha tenido ingresos a CIP" y "Ha tenido ingresos a CRC". En ambos casos los valores posibles son sí o no.

Ficha de Egreso:

Se Agrega desglose para causal "Alta Administrativa":

- Alta disciplinaria
- Cambio de domicilio
- Cambio de sanción
- Término de sanción
- Muerte

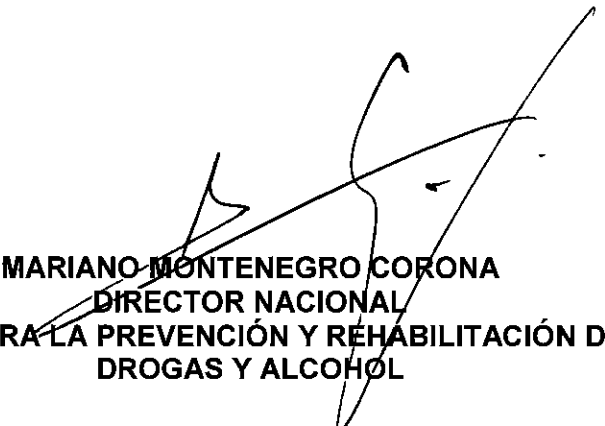
Ficha Mensual:

Se eliminó valor Visita Domiciliaria en calendario de prestaciones de ejecución en el centro.

Se eliminó valor Consultoría de Salud Mental en calendario de prestaciones de ejecución en el centro.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE




MARIANO MONTENEGRO CORONA
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE
DROGAS Y ALCOHOL

CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA

SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL,

MINISTERIO DE SALUD,

SERVICIO NACIONAL DE MENORES

Y

GENDARMERÍA DE CHILE

PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES INGRESADOS AL SISTEMA PENAL POR LEY N°20.084 CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL, DROGAS Y OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

En Santiago de Chile, a **26 de julio de 2016**, entre el **Servicio Nacional para Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, en adelante "SENDA", RUT N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional, don Mariano Montenegro Corona, ambos domiciliados en calle Agustinas N° 1235, piso 9, comuna y ciudad de Santiago; el **Ministerio de Salud**, RUT N° 61.601.000-K, en adelante "MINSAL", representado para estos efectos por el Subsecretario de Salud Pública, don Jaime Burrows Oyarzún y por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ana Gisela Alarcón Rojas, ambos domiciliados en Mac-Iver N° 541, Santiago; el **Servicio Nacional de Menores**, RUT N° 61.008.000-6, en adelante "SENAME", representado por su Directora Nacional doña Solange Paola Huerta Reyes, ambos domiciliados en Huérfanos N° 587, y **Gendarmería de Chile**, RUT N° 61.004.000-4, en adelante "GENCHI", representada por su Director Nacional don Jaime David Rojas Flores, ambos domiciliados en Rosas N° 1.264 de esta ciudad, han acordado el siguiente Convenio de Colaboración Técnica:

PRIMERO: ANTECEDENTES GENERALES

1.- Considerando que existe en el país una creciente demanda por atenciones para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, la que supera la capacidad de respuesta específica desde los sistemas de salud públicos o privados, SENDA, servicio público descentralizado, creado por Ley N° 20.502, y que tiene por finalidad la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental, para cuyo efecto puede solicitar a cualquiera de las instituciones, organismos o servicios de la Administración del Estado, la colaboración, información y asesoría técnica y profesional que estime necesaria para el cumplimiento de sus funciones.



2.- A su vez, MINSAL, de acuerdo al Libro I del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, lo que incluye, entre otras funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

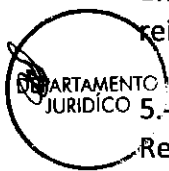
- a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

Dentro de estas funciones de rectoría se cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan incluye, como uno de sus componentes y prioridades, el Programa de Salud Mental, aprobado por Resolución Exenta N°544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud. Dicho Programa tiene, entre otros objetivos, el de proveer tratamiento y rehabilitación, en todo el territorio nacional, a las personas, beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas, entre las cuales se encuentran las sustancias estupefacientes y sicotrópicas. El citado Programa de Salud Mental es ejecutado por los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos propios, de los establecimientos pertenecientes a la atención primaria municipal y no municipal, y de otros establecimientos privados, asociados bajo convenios celebrados con los Servicios de Salud o por FONASA, en la red de atención territorial correspondiente a cada uno de ellos.

3.- A su turno, SENAME, de conformidad a lo establecido en el Decreto Ley N° 2465, de 1979, es un organismo del Estado, dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por misión contribuir a la promoción, protección y restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes, vulnerados/as o en riesgo de serlo, así como a la adecuada responsabilización y reinserción social de los adolescentes que hayan infringido la ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del Servicio. Para tales efectos, desarrolla políticas sociales en coordinación con otros actores públicos y privados y ejecuta programas integrales de atención que faciliten una oportuna restitución y reinserción familiar – social, a través de una red de instituciones colaboradoras acreditadas, custodiando la aplicación de un enfoque intersectorial, territorial y de calidad que, como criterio rector, privilegia el interés superior del niño.

4.- Por su parte, GENCHI, de conformidad al Decreto Ley N° 2.859, de 1979 que fija su Ley Orgánica, es un servicio público dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por finalidad atender, vigilar, y contribuir a la reinserción social de las personas que, por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que le señale la ley. Gendarmería busca contribuir a una sociedad más segura, garantizando el cumplimiento eficaz de la prisión preventiva y de las penas privativas o restrictivas de libertad a quienes los tribunales determinen, proporcionando a los afectados un trato digno, acorde a su calidad de persona humana y desarrollando programas de reinserción social que tiendan a disminuir las probabilidades de reincidencia delictual.

5.- En el marco de lo dispuesto en la Ley N° 20.084, que establece un sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal, SENAME es la entidad responsable de administrar las medidas no privativas de libertad y asegurar la existencia en las distintas regiones del país de los programas necesarios para la ejecución y control de las medidas a que se refiere esta ley. Asimismo, le corresponde siempre y en forma directa la administración de los Centros Privativos de Libertad, tanto para adolescentes y jóvenes que cumplen condena como para quienes se encuentran en internación provisoria, así como también los centros semicerrados.



6.- Por otro lado, en el marco de lo establecido en el artículo 56 de la misma ley, las Secciones Juveniles de Gendarmería tienen entre sus objetivos atender a jóvenes condenados a la sanción de internación en régimen cerrado con programa de reinserción social, que durante la ejecución de las sanciones hayan alcanzado la mayoría de edad y les reste por cumplir más de seis meses de la condena; respecto de los cuales el juez de control de la ejecución, luego de haber tenido a la vista el informe fundado emitido por SENAME, haya ordenado su traslado a un recinto penitenciario administrado por Gendarmería de Chile.

7.- En este contexto, y específicamente de acuerdo a lo establecido en los artículos 7, 13, 14, 16, 17 y 56 de la Ley N° 20.084 y en el artículo 237, del Código Procesal Penal, en relación al inciso final del artículo 41 de la Ley N° 20.084, SENDA en conjunto con MINSAL, SENAME y GENCHI, han resuelto implementar un Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, en adelante “el Programa”.

Este Programa se sustenta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud; en la Ley N° 20.084 y su respectivo Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 1.378 de 2006, del Ministerio de Justicia, que establece un Sistema de Responsabilidad de Adolescentes por Infracciones a la ley penal; en las Orientaciones Técnicas que elabora el SENAME para Centros y Programas de infractores de ley; en la Resolución N° 3.315, de 2008, de Gendarmería de Chile, que Aprueba el Manual de Funcionamiento de Secciones Juveniles, y sus modificaciones; en la Resolución N° 3.327, de 2009, de Gendarmería de Chile, que Modifica Resolución N° 3.315 y en el Oficio N° 612 de 2011, de Gendarmería de Chile, que instruye atención de salud en Secciones Juveniles; en la Norma Técnica N° 85, sobre Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, aprobada por Resolución Exenta N° 391, de 3 de Abril de 2006, del Ministerio de Salud, en adelante, “la Norma Técnica” y en el documento denominado “Orientaciones Técnicas: Tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental”, en adelante “Orientaciones Técnicas”.

8.- Para los efectos de implementación del Programa, SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, han acordado suscribir el presente Convenio de Colaboración Técnica, en adelante “el Convenio”.

9.- Las partes comparecientes dejan constancia que velarán para que el presente Convenio se ejecute con pleno respeto de los derechos y garantías establecidos en la Convención sobre Derechos del Niño y los demás instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por Chile que se encuentren vigentes.

SEGUNDO: DEL PROGRAMA Y SUS BENEFICIARIOS



1.- El presente Convenio tiene como principal objetivo generar un trabajo interinstitucional coordinado y eficiente, que promueva y fortalezca el acceso de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084 a un tratamiento de rehabilitación integral de calidad.

2.- El Programa que por este acto se implementa, comprende las siguientes modalidades de atención: Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad, Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre, Tratamiento Residencial en Medio Libre, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre y Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo, según se detalla en la “Norma Técnica” y en las “Orientaciones Técnicas”. Comprende además la intervención en Secciones

Juveniles, a través de la modalidad de Tratamiento Intensivo o de la intervención especializada de los Equipos Psicosociales contratados por GENCHI. Se podrán incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

Las partes dejan constancia que las siguientes modalidades de atención: Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad, Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre, Tratamiento Residencial en Medio Libre, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre y Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Secciones Juveniles, corresponden a lo que en adelante se denomina "Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación".

3.- Cada Plan de Tratamiento y Rehabilitación contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones indicadas, asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra; prestaciones e intervenciones que se encuentran detalladas en la "Norma Técnica", en las "Orientaciones Técnicas" y en el documento anexo a este Convenio denominado "Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación". Considera además la realización de exámenes de laboratorio que se requieran y la entrega de medicamentos, si corresponde.

Se debe considerar también en la ejecución de los planes de tratamiento los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas y mantención de éstas y equipamiento suficiente.

4.- El Programa de tratamiento y rehabilitación que por este acto las partes acuerdan implementar, tiene por objeto otorgar acceso y cobertura, libre de copago, a adolescentes y jóvenes con consumo problemático de alcohol y/o drogas y otros trastornos de salud mental, que se les haya impuesto una sanción o medida bajo la mencionada ley y considera la atención de los siguientes **beneficiarios**:

- a. Adolescentes y jóvenes sancionados por el juez con penas privativas o no privativas de libertad, a los que además se les haya impuesto como sanción accesoria, la obligatoriedad de someterse a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley N° 20.084.
- b. Adolescentes y jóvenes sancionados con internación en régimen cerrado o en régimen semi cerrado, libertad asistida o libertad asistida especial a los que no habiéndoseles impuesto la sanción accesoria del artículo 7° de la ley N° 20.084, requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o las drogas y accedan voluntariamente a ello.
- c. Adolescentes y jóvenes, que tengan la calidad de imputados, a los que el juez les haya aplicado una medida cautelar personal, ya sea en medio libre o privativo de libertad y que requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o las drogas y accedan voluntariamente a ello.
- d. Adolescentes y jóvenes imputados con consumo problemático de drogas, a los que se haya aplicado una suspensión condicional del procedimiento, cuya condición sea someterse a un tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas, con o sin condición de Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD).
- e. Jóvenes que se encuentren en las secciones juveniles de recintos penitenciarios administrados por Gendarmería de Chile, a los cuales se les haya aplicado por el juez, como sanción accesoria, la obligación de someterse a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley N° 20.084, o que requieran ser sometidos a tratamiento



de rehabilitación por adicción al alcohol o a las drogas y accedan voluntariamente a ello.

Los referidos adolescentes y jóvenes deberán ser atendidos en los establecimientos de tratamiento públicos acordados con MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en virtud de contratos de prestación de servicios o convenios de colaboración técnica y financiera, según corresponda; y establecimientos privados que ejecuten meses de planes de tratamiento y rehabilitación que hayan sido seleccionadas en el proceso de licitación respectivo y celebrado contratos de compra de servicios con SENDA en el marco del presente convenio, sin perjuicio de acudir a la contratación directa cuando ésta sea procedente, o convenios de colaboración técnica y financiera, según corresponda.

5.- La implementación de este Programa requiere la participación comprometida de SENDA; de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, constituida como dispone el artículo 17 del DFL N°1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud; de las Direcciones Regionales de SENAME y de GENCHI, para responder de manera integral a las necesidades de los/as adolescentes y jóvenes que lo requieran.

6.- Para los efectos de la coordinación y la toma de las decisiones relativas al funcionamiento y operación que se requieran en la implementación del Programa materia de este Convenio, cada una de las partes, se obliga a designar un representante, según se señala a continuación:

- Por SENDA: Jefe/a de División Programática de SENDA o quien éste/a designe,
- Por MINSAL: Jefe/a del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y Jefes/as de División de Atención Primaria y de Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, ambos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por quienes éstos/as designen.
- Por SENAME: Jefe/a del Departamento de Justicia Juvenil del SENAME, o quien éste/a designe.
- Por GENCHI: Jefe/a del Departamento de Reinserción Social en el Sistema Cerrado, o quien éste/a designe.

TERCERO: DE LAS OBLIGACIONES Y FUNCIONES DE LAS PARTES COMPARECIENTES

I.- Las partes que suscriben el presente Convenio, a través de la Mesa Nacional de Gestión, tendrán como obligaciones y funciones comunes las siguientes:



- a) Diseñar en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión, de asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución de este Programa.
- b) Evaluar, en el mes de julio de cada año, con la información del período enero-junio, el nivel de ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación de acuerdo a lo establecido en los convenios de compra celebrados con los prestadores privados y públicos, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- c) Evaluar en el mes de enero de cada año, -si corresponde y según lo establecido en los convenios respectivos- el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores públicos y

privados, con la información del período de enero a diciembre, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.

- d) Evaluar y aprobar, según lo establecido en los convenios celebrados con los prestadores públicos y privados, modificaciones extraordinarias a fin de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- e) Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible en el período de enero a junio, en base al "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento" (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención de los beneficiarios de este Programa.
- f) Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contempla la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.
- g) Analizar conjuntamente si procede, los antecedentes que pudiesen dar lugar a la aplicación de multas con entidades privadas o términos anticipados de convenio con entidades públicas o privadas, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, las Unidades de Justicia Juvenil de SENAME y las Direcciones Regionales de GENCHI u otros hayan hecho llegar a los niveles centrales.
- h) Facilitar la coordinación entre los equipos ejecutores de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados por SENDA, los equipos de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio privativo, con los equipos de centros de administración directa e instituciones colaboradoras de SENAME, así como con los equipos psicosociales de las Secciones Juveniles administradas por GENCHI, promoviendo la integración de las intervenciones.
- i) En el ámbito de sus competencias y de acuerdo a sus funciones, deberán velar para que las entidades que ejecuten los programas, cumplan con la obligación de verificar que el personal que mantenga una relación directa y habitual con los adolescentes beneficiarios del programa, no se encuentre afecto a la inhabilidad absoluta perpetua contemplada en el artículo 39 bis del Código Penal.

II.- Por su parte, SENDA Y MINSAL tendrán como obligaciones conjuntas las siguientes:



- a) Diseñar con la colaboración técnica de SENAME y GENCHI, los planes y modalidades de tratamiento y rehabilitación para adolescentes y jóvenes ingresados por Ley N° 20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental, beneficiarios del Programa.
- b) Realizar la evaluación y asesoría técnica, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de Calidad", con la colaboración técnica de SENAME y GENCHI, a los programas o centros públicos y privados, que otorguen tratamiento y rehabilitación, de conformidad a lo dispuesto en los convenios de colaboración técnica y financiera celebrados con entidades públicas y en los contratos o convenios de compra de servicios

que haya celebrado con entidades públicas y privadas, en el marco del Programa, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios.

- c) Evaluar y definir la selección o continuidad según corresponda de los prestadores públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado "De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación", todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales y a la información y antecedentes que aporten las Unidades de Justicia Juvenil de SENAME y las Direcciones Regionales de GENCHI, para su posterior contratación o término de contrato, según corresponda.
- d) Definir las líneas de servicio para establecimientos privados que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado "De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación", todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales; y a la información y antecedentes que aporten las Unidades de Justicia Juvenil de SENAME y las Direcciones Regionales de GENCHI, según corresponda.
- e) Evaluar, según lo estipulado en el documento denominado "Gestión de la Calidad", los aspectos técnicos del Programa, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, según el documento

III.- Por su parte, SENAME Y GENCHI tendrán las siguientes obligaciones:

- a) Colaborar técnicamente en el diseño de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación y de las demás modalidades de tratamiento y rehabilitación contempladas en el Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, beneficiarios del Programa.
- b) Aportar antecedentes e información necesaria para la definición que realizan en conjunto SENDA y MINSAL, sobre la incorporación o eliminación de los establecimientos públicos que otorgarán las diversas modalidades de atención contempladas en este Programa y de las líneas de servicio para establecimientos privados, según el procedimiento establecido en la Cláusula Tercera, numeral 2 de este Convenio, denominado "De la Selección y Continuidad de los Establecimientos de Tratamiento y Rehabilitación".
- c) Aportar antecedentes para las asignaciones y reasignaciones, en conformidad a lo establecido en el literal d.- del ítem II de la cláusula segunda.
- d) Aportar antecedentes e información necesaria para la realización de los procesos de asesoría y evaluación del Programa que por este acto se implementa.
- e) Aportar antecedentes e información necesaria para el diseño de procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalado en el número 2, de la Cláusula cuarta de este convenio. Asimismo, participarán, si fuere necesario, con asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas, en las respectivas licitaciones.



IV.- Obligaciones propias de SENDA:

- a) En virtud de este Convenio, SENDA se compromete a destinar parte de los recursos asignados en la respectiva Ley de Presupuestos, a apoyar el desarrollo del Programa de Salud Mental que en materia de rehabilitación y tratamiento de adolescentes y jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N°20.084, afectados por el consumo de sustancias psicotrópicas y otros trastornos de salud mental, correspondan a las políticas y planes definidos en dicha materia por MINSAL y la "Norma Técnica".
- b) Elaborar, celebrar, modificar, aplicar multas y poner término, cuando corresponda, a los convenios celebrados con entidades públicas y privadas; y a los contratos de compra de servicios, celebrados con entidades públicas y privadas, de conformidad a las facultades y procedimientos que se determinen en la Cláusula Tercera de este instrumento.
- c) Pagar a las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios de compra de servicios para el otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en este Programa.
- d) Administrar y mantener disponible el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) que contiene la información de los registros de prestaciones y reportes asociados a dichos registros.
- e) Realizar la supervisión del cumplimiento de los contratos del Programa, a fin de resguardar que los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados por los respectivos prestadores públicos y privados, se desarrollen de acuerdo a lo establecido en los convenios o contratos suscritos con SENDA y cautelar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, legales y reglamentarias, que regulan el desarrollo de los programas de tratamiento.
- f) Adoptar las medidas administrativas necesarias, orientadas a poner en conocimiento de la autoridad competente, el resultado de las visitas realizadas y subsanar las observaciones advertidas.
- g) Iniciar de oficio, las acciones administrativas y judiciales que procedan, incluyendo la ejecución de las garantías, cuando exista incumplimiento de las obligaciones contraídas por las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios.
- h) SENDA se obliga a elaborar y entregar a MINSAL, SENAME y GENCHI, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los establecimientos de salud públicos y privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año. Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, durante el año 2016 no se remitirá el mencionado informe de avance.
- i) Realizar, a través de sus direcciones regionales, un informe de monitoreo de resultados de tratamiento por programa, considerando la información disponible en SISTRAT, en los meses de julio y enero de cada año.
- j) Comunicar a MINSAL, SENAME y GENCHI, en cuanto se encuentre disponible, la información recopilada de otras entidades públicas y privadas, de la sociedad en general o de estudios especialmente realizados, acerca de los aspectos en los que el



Programa materia de este Convenio, deba acentuar su acción y alcances, de modo de ampliar la cobertura en forma priorizada y focalizada.

V.- Obligaciones propias del Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud, en su rol de ente normativo y regulador de las políticas nacionales de salud y de supervisor de la articulación y gestión de las redes asistenciales, tendrá a través del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial y del Departamento Modelo de la División de Atención Primaria, ambos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como funciones u obligaciones las siguientes:

- a) Aprobar por Oficio de Subsecretaría de Redes Asistenciales, las modificaciones de convenios con prestadores públicos y privados para aumentar o disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, como también la continuidad o incorporación de los establecimientos públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación.
- b) Colaborar técnicamente en el diseño de los procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalado en el número 2, de la Cláusula cuarta de este convenio. De igual forma, participará, si fuere necesario, con asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas, en las respectivas licitaciones.
- c) Supervigilar, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que faciliten y promuevan la integración de la intervención entre los programas especializados de tratamiento de drogas, los equipos socioeducativos dependientes de SENAME y los equipos psicosociales dependientes de GENCHI.
- d) Supervigilar, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 del D.F.L. Nº 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que en su calidad de gestores de redes, transfieran los recursos a los establecimientos de su red asistencial, de acuerdo a convenios que se suscriban entre los respectivos Servicios de Salud y dichos establecimientos, todo ello, en el marco de las disposiciones de este Convenio, de la "Norma Técnica" y de las "Orientaciones Técnicas".
- e) Velar por el cumplimiento de las políticas y normas de salud mental, así como dar a conocer documentos técnicos emitidos por MINSAL y el marco regulatorio y legal al que están sujetas las prestación en tratamiento y rehabilitación, u otras temáticas asociadas, a través de sus Secretarías Regionales Ministeriales.
- f) Entregar insumos a nivel nacional y regional, en forma periódica, de la situación en materia de drogas y alcohol, de grupos y factores de riesgo y de prioridades definidas, a través de la Subsecretaría de Salud Pública y las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales.
- g) Colaborar en los procesos de supervisión de cumplimiento de contratos que SENDA deba realizar en el marco de la implementación y ejecución del Programa, en virtud de los convenios de colaboración o contratos de compra suscritos en el contexto del presente acuerdo de voluntades.



VI.- Obligaciones propias de SENAME:

En el marco de la implementación de este Programa, le corresponderá al SENAME ejercer las siguientes funciones:

- a) Colaborar en materias específicas que se le solicite, en el monitoreo y asesoría técnica que realizan en conjunto MINSAL y SENDA, a las entidades públicas que otorguen Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio privativo o tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol en secciones juveniles, y a las entidades públicas y privadas que otorgan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, contemplados en los convenios que SENDA haya celebrado con las mismas, en el marco del Programa, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de la Calidad". El referido apoyo se deberá materializar tomando conocimiento, a través de medios escritos disponibles o en terreno, según se le solicite, respecto de los resultados de la asesoría y funcionamiento del programa, a fin de emitir opinión técnica pertinente al rol de SENAME.
- b) Asegurar disponibilidad y uso de infraestructura, equipamiento e implementación, para el funcionamiento de los equipos clínicos ejecutores destinados, por una parte, a las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, en aquellos centros que cuenten con dichos dispositivos y, por otra, a los ejecutores de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ambulatorios Intensivos, para la adecuada implementación del Programa en los centros privativos de libertad.
- c) Instruir y asesorar a los equipos de centros de administración directa e instituciones colaboradoras de SENAME, a través de sus Orientaciones Técnicas u otros documentos técnicos, sobre la importancia de la integración de la intervención de los programas especializados de tratamiento de drogas u otros aspectos relevantes para la implementación de este convenio.
- d) Remitir semestralmente a la Dirección Nacional de SENDA y a MINSAL el catastro de la oferta programática para la ejecución de las medidas y sanciones que administra directamente el SENAME o a través de organismos colaboradores para la atención de adolescentes o jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084, que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en la cláusula primera de este Convenio, en lo relativo a los beneficiarios del mismo.

VII.- Obligaciones propias de GENCHI

En el marco de la implementación de este Programa, le corresponderá a GENCHI ejercer las siguientes funciones:

- a) Colaborar, en materias específicas que se le solicite, en el monitoreo y asesoría técnica que realizan en conjunto MINSAL y SENDA, de las entidades públicas que otorguen Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en medio privativo o tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol en secciones juveniles, a través de duplas especializadas, y de las entidades públicas y privadas, que otorgan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, contemplados en los convenios que el SENDA haya celebrado con las mismas, en el marco del Programa, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de la Calidad". El referido apoyo se deberá materializar tomando conocimiento, a través de medios escritos disponibles o en terreno, según se le solicite, respecto de los resultados de la asesoría y funcionamiento del programa, a fin de emitir opinión técnica pertinente al rol de GENCHI.



- b) Asegurar la disponibilidad y el uso de infraestructura, equipamiento e implementación, para el funcionamiento de los equipos clínicos de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ambulatorios Intensivos, para la adecuada implementación del Programa en las Secciones Juveniles.
- c) Instruir y asesorar a los equipos técnicos vinculados a las Secciones Juveniles y a los equipos ejecutores de los convenios de colaboración técnica y financiera suscritos con GENCHI, a través de sus Orientaciones Técnicas u otros documentos técnicos, sobre la importancia de la integración de la intervención u otros aspectos relevantes para la implementación de este convenio.
- d) Promover y asegurar que el trabajo de los equipos de las Secciones Juveniles se ajuste a lo establecido en este Convenio y sus documentos anexos, cumpliendo con los procesos y procedimientos definidos.

CUARTO: DE LOS PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

1. Del Diseño y Elaboración de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Dentro de las competencias y atribuciones que le confiere a MINSAL el D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del mismo Ministerio, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, y en apoyo del Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, los meses de planes y demás modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, que serán otorgados por los prestadores públicos y privados en convenio, serán los diseñados por SENDA y el MINSAL, con la colaboración técnica de SENAME y GENCHI.

El Programa contempla la ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación para adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084 en las siguientes modalidades: Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad, Ambulatorio Intensivo en Medio Libre, Residencial en Medio Libre, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre y Tratamiento Intensivo en Secciones Juveniles, según se detalla en la "Norma Técnica", en las "Orientaciones Técnicas" y en el documento "Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación", documentos técnicos que se acompañan a este Convenio.

Contempla además la suscripción de un convenio de colaboración técnica y financiera con GENCHI, para la asesoría y capacitación para los equipos licitados por dicha institución, quienes entre su quehacer deberán brindar tratamiento de consumo problemático de drogas y alcohol para jóvenes sancionados, que en virtud de lo dispuesto del artículo 56 de la Ley N° 20.084, ingresen a las secciones juveniles de los establecimientos penitenciarios.



Asimismo, incorpora la modalidad de hospitalización de cuidados intensivos de psiquiatría en centros privativos de libertad, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos, los que pueden implementarse a través de la suscripción de convenios de colaboración técnica y financiera entre SENDA y los respectivos Servicios de Salud.

Los referidos planes y modalidades de atención, deberán incluir los requisitos establecidos en el artículo 31, del Decreto Supremo N° 1.378, de 2006, del Ministerio de Justicia, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 20.084.

Cada plan de tratamiento y rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales

se encuentran detalladas en los documentos denominados "Norma Técnica", "Orientaciones Técnicas" y en el documento "Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación", documentos técnicos que se acompañan a este Convenio. Asimismo, se pueden incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

El diseño de los planes y de otras modalidades de intervención debe considerar también los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas y mantención de éstas y equipamiento suficiente.

Para el caso de los convenios de compra de servicios, el servicio que comprará SENDA a las entidades públicas y privadas es un mes de plan de tratamiento y rehabilitación.

En el caso de los convenios de colaboración técnica y financiera suscritos con Servicios de Salud y GENCHI, el financiamiento incluye la contratación de recurso humano especializado, así como equipamiento, gastos operacionales y financiamiento de actividades para cada modalidad de intervención específica. Como también puede incluir gastos de habilitación en aquellos casos financiados por Fondo Especial, de conformidad a la normativa vigente.

2. De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación

Se entenderá por asignación el listado de meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a diferentes programas, para ser ejecutados por los prestadores seleccionados, tanto públicos como privados; para lo cual se requiere las siguientes etapas:

- Propuesta de Asignación
- Selección de los Prestadores Públicos y Privados
- Definición de Planilla de Asignación

2.1 Propuesta de Asignación

Es la definición de los meses de planes a ejecutar, en los diferentes lugares del país, en base a las siguientes consideraciones, entre otras:

- a) La variabilidad con que se presenta regionalmente el problema;
- b) La caracterización de la población y del consumo de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- c) Necesidades de poblaciones específicas (mujeres, pueblos originarios, migrantes, etc.);
- d) Características particulares del territorio;
- e) Brecha existente entre demanda y oferta de tratamiento para esta población;
- f) Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- g) Accesibilidad física;
- h) Número de planes que permitan la adecuada implementación y desarrollo del programa de tratamiento y el logro de los objetivos terapéuticos (número máximo y mínimo de personas);
- i) Información de demanda potencial de atención en cada provincia, región y/o jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, que considere entre otros, los antecedentes aportados por las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, las Unidades de Justicia Juvenil y las Direcciones Regionales de GENCHI.
- j) Resultados de la evaluación técnica de los prestadores, apreciación regional y nacional de desempeño técnico y financiero de dicho programa, opinión técnica de SENAME y



GENCHI, además de otras informaciones que se estimen relevantes, en caso de continuidad de prestadores públicos.

Lo anterior conlleva una propuesta consolidada y acordada desde el nivel regional, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos, con la opinión técnica de SENAME y GENCHI, la que se informa a los niveles nacionales respectivos de SENDA y MINSAL, para su evaluación y definición por parte de las instituciones firmantes de este Convenio.

2.2 Selección de los Prestadores Públicos y Privados

En relación a los prestadores existen procesos de selección diferentes según si son públicos o privados.

En el caso de los públicos, una vez definida la propuesta de asignación, se revisa la factibilidad de implementación de los posibles ejecutores, a fin de definir la Planilla de Asignación de Meses de Planes de Tratamiento. Con esta Planilla se procede a la compra de servicios por parte de SENDA a entidades públicas, mediante la contratación directa para la ejecución de meses de planes de tratamiento.

En el caso de los oferentes privados, SENDA debe realizar Licitaciones Públicas para la compra de servicios a entidades privadas, por lo que la propuesta de asignación sirve para definir las Líneas de Servicio del Proceso. Una vez adjudicadas las líneas según corresponda, SENDA realiza la contratación de los adjudicatarios y, si procede, la contratación directa de los planes de tratamiento a ejecutar por entidades privadas, debiendo en tal caso fundamentarse la causal para proceder de tal forma, de conformidad a lo dispuesto en la ley N° 19.886 y su Reglamento. Este proceso permite definir la Planilla de Asignación y sus posteriores modificaciones, si corresponden.

Cabe destacar, que independiente de la forma de contratación de los servicios por parte de SENDA con los prestadores (contratación directa o adjudicación por licitación) se debe resguardar la continuidad de la atención de las personas usuarias, cuando corresponde.

2.3 Planilla de Asignación

Es la definición final que consolida todos los prestadores públicos y privados que ejecutan meses de planes de tratamiento y rehabilitación en el marco del Programa motivo de este Convenio y a los cuales SENDA compra servicios.

Cabe mencionar que esta Planilla de Asignación está sujeta a las disponibilidades presupuestarias que tenga SENDA, por lo que se debe oficializar en diciembre de cada año y requiere de la aprobación de MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para los prestadores públicos, luego de lo cual se informa a SENAME y GENCHI.

Se deja constancia que esta Planilla de Asignación puede ser modificada en otros momentos del año, ya sea por cambiar asignaciones a los prestadores y/o integrar oferentes nuevos, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio. En el caso de modificación de la Planilla por cierre de Convenio con algún prestador público o privado, SENDA debe informar mediante oficio a MINSAL, SENAME y GENCHI.

2.4 Asignación por Transferencias de Recursos

El Programa contemplado en este instrumento considera además, para su implementación, tal como se señaló en el número 1 anterior, la suscripción de convenios de colaboración



técnica y financiera con entidades públicas a fin de otorgar, por un lado, hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría en centros privativos de libertad y, en el caso de las Secciones Juveniles, asesoría y capacitación a los equipos licitados por Gendarmería que brindan tratamiento del consumo de drogas y alcohol.

Se podrán incluir a su vez, otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

3. Del Mecanismo de Financiamiento, Facturación y Pago de los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

SENDA comprará los meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación incluidos en el Programa, exclusivamente a entidades públicas y privadas que hayan resultado seleccionadas, conforme al procedimiento señalado en el número 2 anterior.

SENDA, suscribirá contratos de Compra de Servicios directamente con los establecimientos públicos y con las entidades privadas que hayan resultado seleccionadas en el proceso de licitación respectivo o mediante su contratación directa, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a los procedimientos señalados en el número 2 anterior, los cuales otorgarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación.

SENDA comprará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación por tipo de plan a los precios unitarios que, para estos efectos, estarán definidos en los contratos de compra de servicios que suscribirá con las entidades públicas y privadas.

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente ejecutado y válido para pago, cuando corresponda a beneficiario del presente convenio, según lo establecido en la cláusula segunda y tenga el registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de las prestaciones definidas en documento anexo Glosario SISTRAT.

SENDA pagará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en el presente Convenio efectivamente ejecutados por cada entidad prestadora, contra presentación de la factura respectiva de cada mes, así como de la prefacturación otorgada por el sistema SISTRAT.

El proceso de pago al prestador se realizará mensualmente, en la medida que SENDA reciba las facturas debidamente emitidas y todos aquellos documentos complementarios que se exijan acompañar a los prestadores.



4. Del Sistema de Registro, Control y Gestión

4.1 Sobre los Registros

Los prestadores públicos o privados, que ejecuten las diversas modalidades de atención contempladas en este Programa, deberán llevar registros de las personas atendidas, su caracterización, las atenciones otorgadas y las evaluaciones de sus procesos.

Con tal objetivo, tales programas tendrán a su disposición un software denominado "SISTRAT", con su respectivo Glosario, que permite registrar e informar el tratamiento y rehabilitación realizado mensualmente, las prestaciones realizadas y los indicadores del proceso terapéutico. En este sentido, el SISTRAT constituye: a) un instrumento de monitoreo y seguimiento técnico del programa, b) un instrumento de control del cumplimiento de los convenios suscritos por SENDA con las entidades públicas y las entidades privadas, c) una

fuentes de información periódica acerca de los resultados del programa y de otros antecedentes necesarios para los procesos de asignación, reasignación y/o modificación de convenios que el presente Convenio establece, entre otros.

En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información en SISTRAT durante el mes de registro correspondiente, ya sea por causas atribuibles a la administración del mismo o errores de usuario, el programa deberá reportar a SENDA Regional vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

En caso de término de convenio, el programa de tratamiento debe gestionar la derivación de los usuarios cuando corresponda, resguardando la continuidad de la atención, lo que deberá ser oportunamente registrado en SISTRAT. Así mismo, si al momento de cesar el convenio, y según las necesidades del usuario éste no es derivado, la causa de egreso debe ser también registrada de manera oportuna en SISTRAT para dar cierre en el SISTEMA y evitar dificultades de ingreso en un nuevo programa, si corresponde.

4.2 Sobre la Supervisión del Cumplimiento de los Contratos

SENDA realizará la supervisión del cumplimiento de los contratos a los Programas o Centros de Tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, en conformidad a lo establecido en el documento denominado "Supervisión de Cumplimiento de contratos de los Centros de Tratamiento".

Para lo anterior, SENDA realizará visitas de inspección destinadas a supervisar el correcto cumplimiento de los convenios y de las normas que regulan la prestación de meses de planes de tratamiento, de acuerdo a los contratos establecidos y el documento anteriormente señalado.

SENDA se obliga a elaborar y entregar MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes asistenciales y de Salud Pública, a SENAME, a través del Departamento de Justicia Juvenil y a GENCHI, a través del departamento de Reinserción Social en el Sistema Cerrado, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los establecimientos de salud públicos y privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año. Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, durante el año 2016, no se remitirá el mencionado informe de avance.



5. De la Coordinación para la Gestión del Convenio

Para coordinar la gestión de este convenio, habrá una Mesa Nacional que estará conformada por:

- SENDA: representado por el(la) Jefe(a) de la División Programática de SENDA o quien éste(a) designe.
- MINSAL: representado por el(la) Jefe(a) del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y Jefes/as de División de Atención Primaria y de Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, ambos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por quienes éstos(a)s designen.
- SENAME: representado por el(la) Jefe(a) del Departamento de Justicia Juvenil, o quien éste(a) designe.

- GENCHI: representado por el (la) Jefe(a) del Departamento de Reinserción Social en el Sistema Cerrado, o quien éste(a) designe.

Cualquier modificación de los representantes antes señalados o designación de otro para su participación en esta instancia, deberá informarse a la Mesa Nacional, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la modificación o designación.

Las funciones de la referida Mesa Nacional serán las siguientes:

- a) Acompañar la implementación general del programa y gestionar todo lo relacionado a su buen funcionamiento en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos operacionales.
- b) Participar en el diseño y definiciones de los programas y modalidades de intervención, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, la experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- c) Participar en el diseño y definiciones de orientaciones o lineamientos técnicos, que aporten al desarrollo del Programa, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- d) Analizar y apoyar en la resolución de dificultades o problemáticas que surjan en la implementación del programa materia de este convenio y que superen la gestión regional.
- e) Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial y/o a distancia, a las Mesas Regionales de este Convenio, en relación con la implementación del Programa a lo largo del país.
- f) Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial y/o a distancia, según sea necesario y en coordinación con la Mesa Regional, a equipos que ejecutan programas de tratamiento.
- g) Formular la opinión técnica para la definición de la incorporación y la asignación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los prestadores de establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones técnicas y de gestión, descritas en el punto 2.1. Asimismo, para la definición y elaboración de las bases técnicas para la licitación que selecciona a los prestadores privados.
- h) Entregar la opinión técnica sobre eventuales reasignaciones, modificaciones de convenios y/o términos de convenios, según el procedimiento establecido en este Convenio y en los convenios de colaboración suscrito con entidades públicas o en los contratos de compra suscritos con los prestadores públicos y privados, en consideración a la información que emane de las Direcciones Regionales del SENDA, de los Servicios de Salud respectivos, de las Unidades Regionales de Justicia Juvenil y de las Direcciones Regionales de GENCHI.
- i) Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible en el período de enero a junio, en base al "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento" (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención de los beneficiarios de este Programa.
- j) Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contempla la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.



La coordinación de esta Mesa implica sesiones una vez por semana, además de las gestiones y acuerdos asumidos que impliquen presencia a nivel regional en reuniones de asesoría a equipos de SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI. Esto sin perjuicio de mantener coordinaciones permanentes, a través de contactos telefónicos, correo electrónico u otros

medios. Las reuniones semanales podrán ser suspendidas por acuerdo de las partes integrantes de la mesa y existiendo razones fundadas.

Asimismo, habrán Mesas Regionales de coordinación, que estarán conformadas por:

- Representante/s Área de Tratamiento de la Dirección Regional SENDA.
- Representante/s de la Unidad de Salud Mental de él o los Servicios de Salud respectivos.
- Referentes de Salud Mental o Encargados de Drogas y Alcohol de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Representante/s del Área Técnica Regional de GENCHI o quien éste designe.
- Representante/s Unidad de Justicia Juvenil de las Dirección Regional de SENAME.

Se sugiere, existiendo la factibilidad, se incorpore a representante/s de Atención Primaria de Salud (APS) del o los Servicio(s) de Salud respectivos, con el fin de incluir en la mirada de la intervención de salud de los adolescentes y jóvenes todas aquellas variables asociadas a salud integral vinculadas a la atención primaria.

El funcionamiento de las referidas Mesas Regionales se encuentra descrito en el documento anexo a este Convenio, denominado "Mesas Regionales de Gestión del Convenio".

6. Del Proceso de Reasignación de Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Se entenderá por reasignación, las modificaciones en los meses de planes de tratamiento y rehabilitación originalmente asignados de acuerdo a la Planilla de Asignación definida, que existieren durante la ejecución de este Programa, derivadas del nivel de cumplimiento en la ejecución de los meses de planes de tratamiento en convenio y considerando elementos de la supervisión y asesoría efectuada a cada programa.

La reasignación, tanto de establecimientos públicos como privados, será propuesta por las Mesas Regionales de Gestión del Convenio y enviada al nivel nacional de MINSAL -a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales- y de SENDA, quienes evaluarán la propuesta, con la opinión técnica de SENAME y GENCHI y definirán las modificaciones según corresponda, debiendo contarse además con la aprobación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para la reasignación se tendrán en consideración los resultados y tendencias que surjan del proceso de evaluación y asesoría técnica, considerando la información emanada de las Direcciones Regionales del SENDA, de los Servicios de Salud y SEREMIS y de los informes de supervisión de cumplimiento de contratos que realice el SENDA, además de otras informaciones que se estimen relevantes, principalmente aquella aportada por las Direcciones Regionales de SENAME y de GENCHI.



En base a lo anterior, cuando corresponda, de acuerdo a lo establecido en contratos con los prestadores públicos y privados, en los meses de julio y enero de cada año se efectuará una evaluación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados al 30 de junio y al 31 de diciembre, respectivamente. En base a dichas evaluaciones, SENDA y el Ministerio de Salud, con la opinión técnica de SENAME y GENCHI, podrán efectuar modificaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a estas instituciones.

Una vez resuelta la reasignación por SENDA, en conjunto con el MINSAL y la opinión técnica de SENAME y GENCHI, SENDA informará a la entidad pública o privada que corresponda y realizará la modificación al respectivo Convenio de Compra de Servicios, de acuerdo a la Ley N° 19.886 y su reglamento, en lo que resulte aplicable. En el caso de establecimientos

dependientes o subcontratados por los Servicios de Salud, será dicho servicio el encargado de informar a los programas sujetos a reasignación y a la Mesa Regional.

Cabe señalar, que por razones de buen servicio, se podrá excepcional y fundadamente evaluar en períodos distintos a los señalados precedentemente, el porcentaje de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan esperado al período evaluado, según se defina, utilizando los mismos criterios y procedimientos antes señalados, para el aumento o disminución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan.

7. Del Proceso de Término de Contrato con las Entidades Ejecutoras

En los contratos de Compra de Servicios, así como en los convenios de transferencia de recursos o colaboración celebrados con entidades públicas y privadas, SENDA deberá establecer cláusulas reservándose el derecho de poner término en forma anticipada al respectivo contrato, pudiendo invocar, entre otras, las siguientes causales: por resciliación o mutuo acuerdo de las partes; por exigirlo el interés público o la seguridad nacional; caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo; ausencia o revocación de la autorización sanitaria cuando corresponde; falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas; por incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador; por vulneración de los derechos de los usuarios; falta grave y deliberada de veracidad de la información registrada en SISTRAT; cobros improcedentes a los(as) beneficiarios(as) de los planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

Con todo, SENDA deberá establecer los mecanismos necesarios de resguardo del patrimonio institucional, para el caso de producirse el término anticipado del contrato o convenio, así como también del proceso terapéutico de los usuarios y la continuidad del mismo.

Para los efectos anteriormente mencionados se considerará, entre otras, como fuente de información los resultados del seguimiento y monitoreo de la gestión técnica, la supervisión del cumplimiento de los contratos y/o la información levantada en las mesas regionales y la mesa nacional de gestión del Convenio.

8. De la Evaluación del Programa

La evaluación del Programa se realizará con la participación de las partes comparecientes que suscriben este convenio, mediante la emisión de los siguientes informes:

- Informes de supervisión de convenios realizada por parte de SENDA a los prestadores que ejecutan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, durante los meses de agosto y febrero de cada año.
- Informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico que deberán realizar SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, durante el mes de agosto de cada año, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30 de junio, en base a los sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- Informe técnico de evaluación anual del Programa, que deberá emitir SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, en el mes de marzo de cada año, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año anterior. Para tal efecto, se tomarán en consideración la evaluación que cada región realiza de sus



programas, la información disponible en el SISTRAT u otros, pudiendo integrar la información entregada por la evaluación realizada por las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

- Informes Regionales de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, en los meses de Julio y Enero de cada año. Para éstos se considerará la información disponible en SISTRAT.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes comparecientes podrán emitir y entregar otros informes debidamente sustentados.

QUINTO: Las partes dejan constancia que el presente convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio y a efectos de dar continuidad y eficacia a este Programa, las partes reconocen la implementación del mismo a partir del día 1 de abril de 2016.

La vigencia de este convenio de Colaboración Técnica será indefinida, sin perjuicio de las modificaciones que puedan realizar las partes de común acuerdo y a la facultad unilateral de cualquier una de ellas, de ponerle término en cualquier momento, por medio de una carta certificada, debidamente fundada. Con todo, la carta deberá ser remitida a todas las partes, con a lo menos, noventa días corridos de anticipación a la fecha del término del convenio.

SEXTO: La propiedad intelectual de los productos que se originen con ocasión de la ejecución de este Convenio, pertenecerán conjuntamente a SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, quienes arbitrarán las medidas pertinentes para cautelar su dominio, reservándose el derecho para autorizar su producción o difusión.

SÉPTIMO: DOCUMENTOS ANEXOS

Las partes dejan constancia que los documentos anexos que a continuación se detallan forman parte integrante del presente convenio, y son conocidos y aceptados por ellas:

1. Norma Técnica
2. Orientaciones Técnicas
3. Mesas Regionales de Gestión del Convenio
4. Gestión de la Calidad.
5. Supervisión de Convenios SENDA- MINSAL- SENAME- GENCHI
6. Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación
7. Glosario Técnico SISTRAT

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio, éstos podrán ser modificados y/o se podrán agregar otros documentos anexos, por acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión del Convenio.

OCTAVO: DOMICILIO

Las partes declaran que se encuentran domiciliadas en la comuna de Santiago y que se someten a la jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

NOVENO: PERSONERÍAS

La representación con la que comparece don Mariano Montenegro Corona, como Director Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, consta de su nombramiento aprobado por Decreto Supremo N° 611, de 13 de mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

La representación con que comparece don Jaime Burrows Oyarzún como Subsecretario de Salud Pública consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 47, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.



La representación con que comparece doña Ana Gisela Alarcón Rojas como Subsecretaria de Redes Asistenciales, consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 5, de 02 de febrero de 2016, del Ministerio de Salud.


La representación con que comparece doña Solange Paola Huerta Reyes, como Directora Nacional del Servicio Nacional de Menores, consta en lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 581, de 19 de julio de 2016, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

La representación con que comparece don Jaime David Rojas Flores, como Director Nacional de Gendarmería de Chile, consta en el Decreto Supremo N° 578 de 15 de julio de 2016, del Ministerio de Justicia.

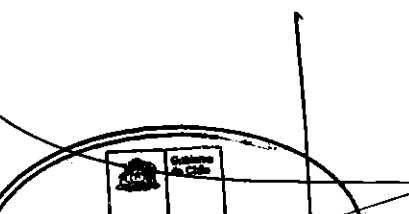
Siendo ampliamente conocidas de las partes las personerías antedichas, éstas han estimado innecesaria la inserción de los documentos de sus respectivas designaciones en el presente instrumento.

DÉCIMO: EJEMPLARES

Se deja constancia por las partes que el presente Convenio se firma en 5 (cinco) ejemplares de idéntico tenor y contenido, quedando una copia de éste en cada compareciente.



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD


MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD


SERVICIO NACIONAL DE MENORES
DIRECCIÓN NACIONAL
DIRECTORA NACIONAL
SERVICIO NACIONAL DE MENORES


GENDARMERÍA DE CHILE
DIRECCIÓN NACIONAL
DIRECTOR NACIONAL
GENDARMERÍA DE CHILE

DEPARTAMENTO JURÍDICO


MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL
SENDA
REPUBLICA DE CHILE