Área de Tratamiento y Rehabilitación

SENDA

Informe Anual 2018

Informe de Evaluación Técnica

Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas

Santiago, Marzo 2019

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe recoge los datos de la implementación del **Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas** durante el año 2018.

Considerando que el consumo problemático de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes es un problema que afecta tanto el sano desarrollo, como su calidad de vida y la de sus familias, aumenta la vulnerabilidad, empeora las condiciones de salud e integración de las personas, además, si la intervención no es oportuna y adecuada, puede derivar en otros problemas, como el inicio de vida de calle, procesos de desescolarización, infracción de ley, entre otros.

El año 2007, el Estado de Chile da dos pasos importantes para abordar esta problemática: por un lado, implementa una oferta de tratamiento específica asociada a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente y, por otro, garantiza, a través del GES, el tratamiento para menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia, cuyo perfil de consumo de riesgo es leve a moderado. Ambos fueron importantes decisiones y aportes al abordaje de esta población, sin embargo, esta oferta continúa siendo insuficiente para la demanda y necesidad de tratamiento.

El presente Programa, se instala a partir del año 2014, como una oferta complementaria a la existente y contribuye a aumentar y diferenciar la oferta de tratamiento para personas menores de 20 años con consumo problemático de alcohol y otras drogas, facilitando el acceso y oportunidad del tratamiento.

Así, este Programa está dirigido a niños, niñas y adolescentes que, por las características de su consumo y las consecuencias asociadas, no son abordados por el GES ni por el programa de tratamiento para adolescentes, asociado a la Ley de Responsabilidad Adolescente.

Los objetivos del Programa están centrados en tratar a niños, niñas y adolescentes para que disminuyan y cesen el consumo de alcohol y otras drogas, abordando las consecuencias de éste en su salud y en el ámbito social y familiar, promoviendo y facilitando el desarrollo sano y pleno y la inclusión social.

Por las características propias de esta población, se ha descrito abundantemente la conclusión de que la oferta de tratamiento debe “acercarse” a los usuarios, a través de estrategias de trabajo en terreno y realizando parte importante de la intervención terapéutica en el contexto en que viven y se desenvuelven.

Así mismo, existe evidencia internacional que respalda la estrategia de entregar opciones diferenciadas de tratamiento de acuerdo a diferentes niveles de complejidad de la problemática, además de valorar la necesidad de que los tratamientos estén fácilmente disponibles, ya que la motivación a tratarse tiende a ser lábil.

En este sentido, en la evaluación del *Programa de tratamiento y rehabilitación para población infantoadolescente con problemas asociados al consumo de drogas* (CONACE, 2008), se resalta la necesidad de servicios especializados y separados para esta población respecto de la población adulta, así como tener un rango de opciones de tratamiento, con intensidad relacionada a la severidad del consumo y de acuerdo al nivel de daño personal, social, escolar y familiar.

Finalmente, debido a que esta población suele tener otros problemas asociados, es muy necesaria la complementariedad entre las instituciones y programas intervinientes. Cobra relevancia en este sentido, la coordinación con instituciones tales como el Servicio Nacional de Menores, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio de Desarrollo Social, entre otros.

II. Presentación de resultados

1. Cobertura

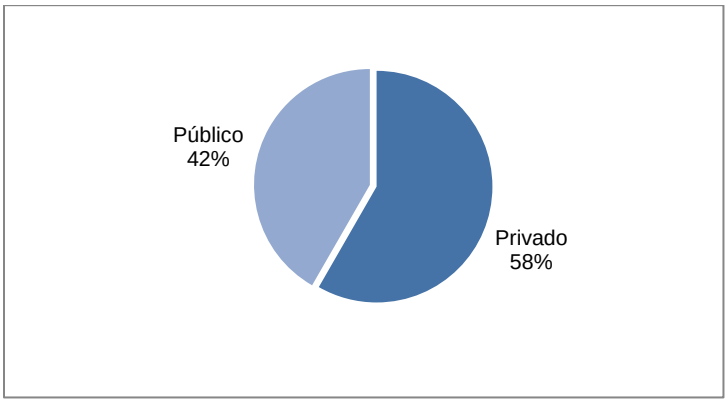
Para entender de mejor forma los datos relacionados al número de personas incluidas en este informe, cabe señalar que existen dos métodos para informar la cobertura del Programa. La primera es señalando el número de personas diferentes atendidas durante el año (1.626), es decir RUT distintos. La segunda es calcular el número de casos que se atendieron (1.727). Esta última forma siempre va a mostrar un número mayor, puesto que existen personas que, como parte de su tratamiento, debieron cambiarse de plan o programa durante el período, por lo tanto, al sumarlos aparecen más casos en total. Para efectos del presente informe se utilizará como unidad de análisis los casos atendidos.

Tabla 1: Número de personas por año

Año	Personas (RUT distintos)	Personas casos
2014	982	982
2015	1.074	1.094
2016	1.168	1.213
2017	1.345	1.433
2018	1.626	1.727

Durante el año 2018, se trataron 1.727 personas en 50 centros distribuidos en 15 regiones del país (la Región de Ñuble no cuenta con centro de este Programa), 21 centros públicos y 29 centros privados. 720 personas fueron tratadas en centros públicos y 1.007 en centros privados. Dichos centros corresponden a 40 Programas Ambulatorio Intensivo Infantoadolescente (PAI IA), 2 que programas Residenciales Infantoadolescente (PR IA), 7 que atienden en ambas modalidades y 1 que atiende ambulatoriamente niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Gráfico 1: Porcentaje de personas por tipo de centro



Como muestra la Tabla 2, la cobertura señalada se trató principalmente en Plan Ambulatorio Intensivo (PAI IA), 1.602 personas, correspondiendo al 92,8%, esto debido a que la demanda y la oferta de tratamiento para esta población son mayoritariamente ambulatorios. Respecto de la oferta residencial (PR IA), ésta se encuentra en seis regiones del país (Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Maule, Biobío, Magallanes y Metropolitana), lo que explica el bajo porcentaje de cobertura que representa (125 personas).

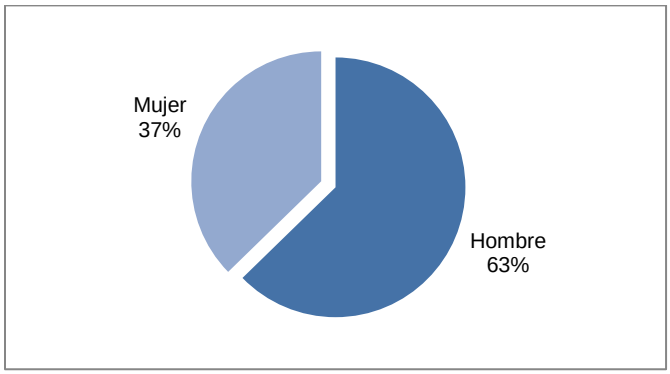
Tabla 2: Porcentaje de Personas por plan

Plan	Personas atendidas	
	N	%
PAI IA	1.602	92,8
PR IA	125	7,2
Total	1.727	100

2. Caracterización de la población

Como muestra el Gráfico 2, la mayoría de los usuarios del Programa son hombres (63 %), siendo las mujeres un tercio del total de los tratados (37%).

Gráfico 2: Porcentaje de personas por sexo



Respecto de la edad, considerando sólo quienes registran el dato (1.709 personas), como muestra la Tabla 3, el 49% tiene entre 16 y 17 años. Seguido por el 30,1% que corresponde al rango etareo entre 18 y 20 años, y un 20% aquellos adolescentes entre 10 y 15 años. Respecto a los niños (9 años o menos) corresponden a un 0,3 del total de tratados.

Tabla 3: Porcentaje de Personas por rango de edad

Grupo etario	Personas atendidas	
	N	%
Igual o menor a 9	5	0,3
10 a 15	341	20
16 a 17	838	49
18 a 20	515	30,1
Igual o mayor a 21	10	0,6
Total	1.709	100

Es importante destacar que la mayor proporción de mujeres y hombres atendidos se encuentra en el rango etareo entre 16 y 18 años, correspondiendo en el caso de las primeras a 313 personas, y en los segundos a 525.

Tabla 4: Distribución Nº personas por edad según sexo

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Igual o menor a 9	3	0,3	2	0	5	0,3
10 a 15	203	19	138	22	341	20
16 a 17	525	49,2	313	49	838	49
18 a 20	328	30,7	187	29	515	30,1
Igual o mayor a 21	9	0,8	1	0	10	0,6
Total	1.068	100	641	100	1.709	100

Respecto a la distribución por región, la mayor cantidad de usuarios atendidos corresponden a las regiones más extensas, como son Región Metropolitana, Valparaíso, Coquimbo y Biobío (33,8%, 9,6%, 8,1% y 6,2% respectivamente), lo que es coherente con la mayor oferta del Programa existente en estas regiones.

Tabla 5: Distribución Nº personas por región según sexo

Personas por Región	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Arica y Parinacota	25	2,3	20	3,1	45	2,6
Tarapacá	42	3,9	24	3,7	66	3,8
Antofagasta	46	4,3	37	5,8	83	4,8
Atacama	30	2,8	14	2,2	44	2,6
Coquimbo	91	8,4	49	7,6	140	8,1
Valparaíso	88	8,1	77	12	165	9,6
O'Higgins	45	4,2	33	5,1	78	4,5
Maule	62	5,7	19	3	81	4,7
Biobío	71	6,6	36	5,6	107	6,2
Araucanía	26	2,4	14	2,2	40	2,3
Los Ríos	48	4,4	20	3,1	68	3,9
Lagos	49	4,5	24	3,7	73	4,2
Aysén	36	3,3	14	2,2	50	2,9
Magallanes	66	6,1	37	5,8	103	6
Metropolitana	358	33,1	226	35,1	584	33,8
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

Respecto de la pertenencia a alguna etnia, la mayoría de las personas atendidas (93,3%) refiere no pertenecer a ninguna. En el porcentaje restante de personas, la etnia mapuche es la más frecuente, con 5%. El detalle se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6: Distribución Nº personas según etnia

Personas por Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	6	0,6	4	0,6	10	0,6
Alacalufe	4	0,4	2	0,3	6	0,4
Atacameño	2	0,2	0	0	2	0,1
Colla	2	0,2	1	0,2	3	0,2
Diaguita	4	0,4	4	0,6	8	0,5
Mapuche	60	5,5	26	4	86	5
No pertenece	1.005	92,8	606	94,1	1.611	93,3
Rapanui	0	0	1	0,2	1	0,1
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

En cuanto al estado conyugal, como es esperable por la edad de los usuarios y usuarias, la soltería es la que presenta una mayor frecuencia (98,8%); seguido de un 0,6% que se encuentra conviviendo (Tabla 7).

Tabla 7: Distribución de personas según estado conyugal

Estado conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Conviviente	3	0,3	7	1,1	10	0,6
No contesta	1	0,1	4	0,6	5	0,3
Separado/a	2	0,2	2	0,3	4	0,2
Soltero/a	1.076	99,4	630	97,8	1.706	98,8
Viudo/a	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

Como lo muestra la Tabla 8, el 49,2% presenta Enseñanza Media incompleta, seguido por un 29,2% que presenta Enseñanza Básica incompleta y un 15,7% con Enseñanza Básica Completa. No se aprecian grandes diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad presentados.

Tabla 8: Distribución Nº personas por escolaridad según sexo

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Básica completa	175	16,2	96	14,9	271	15,7
Básica incompleta	317	29,3	187	29	504	29,2
Educación diferencial	17	1,6	4	0,6	21	1,2
Media completa	27	2,5	18	2,8	45	2,6
Media incompleta	521	48,1	328	50,9	849	49,2
No sabe	3	0,3	0	0	3	0,2
Programa especial básica (Nivelación)	3	0,3	4	0,6	7	0,4
Programa especial media (Nivelación)	3	0,3	2	0,3	5	0,3
Sin estudios	1	0,1	0	0	1	0,1
Técnica completa	1	0,1	0	0	1	0,1
Técnica Incompleta	12	1,1	5	0,8	17	1
Universitaria Incompleta	3	0,3	0	0	3	0,2
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

La Tabla 9 presenta los resultados de aquellas personas que declaran tener 1 año o más fuera del sistema escolar. El 8,7% de las personas presenta 1 año. El 9,7% presenta entre 2 y 4 años de deserción. Es relevante destacar que la mayor parte de los niños, niñas y adolescentes se encuentran en el sistema escolar o ya han egresado (78,9%), lo cual sin duda es un factor protector en su desarrollo.

Tabla 9: Años fuera del sistema escolar según sexo

Años fuera del sistema escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	859	79,3	503	78,1	1.362	78,9
1	95	8,8	56	8,7	151	8,7
2	46	4,3	28	4,4	74	4,3
3	34	3,1	24	3,7	58	3,4
4	17	1,6	19	3	36	2,1
5	11	1	6	0,9	17	1
6	11	1	3	0,5	14	0,8
7	4	0,4	1	0,2	5	0,3
8	2	0,2	2	0,3	4	0,2
9	2	0,2	0	0	2	0,1
10	2	0,2	1	0,2	3	0,2
14	0	0	1	0,16	1	0,06
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

La Tabla 10 muestra que la actividad ocupacional que realiza la mayoría de las personas atendida durante el año 2018 es estudiar sin trabajar (66,1%), un 28,1% se encuentra sin actividad y un 2% se encuentra trabajando.

Las diferencias más significativas, entre hombres y mujeres, se encuentran en las categorías “sin actividad” y “estudiando sin trabajar”. En la primera, los hombres presentan un 26,6% y las mujeres un 30,6% y en la segunda categoría se observa un 67,3% y 64% respectivamente.

Tabla 10: Distribución Nº personas por condición ocupacional según sexo

Ocupación	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Buscando trabajo por primera vez	5	0,5	2	0,3	7	0,4
Cesante	7	0,7	4	0,6	11	0,6
Estudiando sin trabajar	729	67,3	412	64	1141	66,1
No busca	8	0,7	7	1,1	15	0,9
Otra razón	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Quehaceres del hogar	4	0,4	8	1,2	12	0,7
Sin actividad	288	26,6	197	30,6	485	28,1
Trabajando actualmente	28	2,6	7	1,1	35	2
trabajando y estudiando	13	1,2	6	0,9	19	1,1
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

De acuerdo a la Tabla 11, se observa variabilidad respecto de con quien viven las y los usuarios atendidos, destacando que el 51,1% lo hace con sus padres o familia de origen y el 20,7% lo hace únicamente con la madre. Mientras, un 6,8% vive con sus abuelos y un 3,5% sólo con el padre.

Tabla 11: Distribución Nº personas de acuerdo a con quién vive según sexo

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con abuelos	68	6,28	50	7,8	118	6,8
Con amigos	2	0,2	4	0,6	6	0,4
Con el padre (solo)	45	4,2	16	2,5	61	3,5
Con hermanos	11	1	4	0,6	15	0,9
Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia	4	0,4	9	1,4	13	0,8
Con la madre (sola)	239	22,1	118	18,3	357	20,7
Con otro NO pariente (sin los padres)	21	1,9	18	2,8	39	2,3
Con otro pariente (sin los padres)	42	3,9	22	3,4	64	3,7
Otros	60	5,5	61	9,5	121	7
Solo	11	1	0	0	11	0,6
Únicamente con hijos y padres o familia	3	0,3	6	0,9	9	0,5
Únicamente pareja e hijos	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Únicamente pareja y padres o familia de origen	14	1,3	6	0,9	20	1,2
Únicamente con padres o familia de origen	561	51,8	321	49,8	882	51,1
Únicamente con la pareja	1	0,1	8	1,2	9	0,5
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

Respecto a la distribución por tipo de vivienda, podemos observar en la Tabla 12 que la mayoría (90,6%) de las personas residen en viviendas del tipo de casa y departamento; y en condiciones de vivienda más precaria, como mediagua, un 1,6%. En situación de calle se encontraba el 0,3% de las personas, esta condición se refiere a quienes habitan en hospederías y caletas o puntos de calle.

Tabla 12: Distribución de personas según tipo de vivienda por sexo

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Caleta o punto de calle	3	0,3	0	0	3	0,2
Casa	891	82,3	533	82,8	1.424	82,5
Choza, Rancho, Ruca	2	0,2	3	0,5	5	0,3
Departamento	96	8,9	44	6,8	140	8,1
Hospedería	1	0,1	0	0	1	0,1
Mediagua	17	1,6	11	1,7	28	1,6
Otro	51	4,7	37	5,8	88	5,1
Pieza dentro de la vivienda	14	1,3	10	1,6	24	1,4
Residencial, pensión, hostal	8	0,7	6	0,9	14	0,8
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

3. Caracterización del consumo

De acuerdo a la Tabla 13, la sustancia que mayoritariamente motiva el ingreso a tratamiento es la Marihuana (60,1%), seguida por cocaína (20,3%) y alcohol (10,8%). Cabe destacar que el consumo de sedantes en esta población representa un 7,5%.

Tabla 13: Distribución de Nº personas según sustancia principal al ingreso

Sustancia Principal		N	N	%
Estimulantes Cocaína			351	20,3
	Pasta Base	188		
	Cocaína	162		
	Crack	1		
Alcohol			187	10,8
	Alcohol	187		
Marihuana			1.038	60,1
	Marihuana	1.038		
Sedantes: diazepam Valium clonazepam			28	7,5
	Sedantes: diazepam Valium clonazepam	127		
	Hipnóticos	1		
Estimulantes tipo Anfetamínico			2	0,1
	Anfetaminas	0		
	Metanfetaminas y otros derivados	0		
	Otros Estimulantes	2		
Alucinógenos			-	0
	Otros Alucinógenos	0		
Opiáceos			5	0,3
	Otros Opioides Analgésicos: morfina	5		
Inhalables: neoprén GHB óxido nitroso			15	0,9
	Inhalables: neoprén GHB óxido nitroso	15		
LSD			-	0
	LSD	0		
Otros			1	0,1
	Otros	1		
Total			1.727	100

En la Tabla 14 se observa que, a menor edad, la marihuana es la sustancia que más frecuentemente origina el ingreso a tratamiento, en tanto la pasta base de cocaína aumenta su proporción progresivamente con la edad de las y los usuarios, disminuyendo su consumo

pasado los 18 años. Respecto de los sedantes, también es importante observar que su consumo se inicia tempranamente y tiende a disminuir con la edad (de 7,9% a 0%), aunque sigue siendo alto en relación a las prevalencias en población general.

Tabla 14: Distribución de Nº personas por sustancia principal al ingreso y rango etario

Sustancia	Igual o menor a 9		10 a 15		16 a 17		18 a 20		Igual o mayor a 21		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	1	20	37	10,9	83	9,9	63	12,2	1	10	185	10,8
Cocaína	1	20	13	3,8	87	10,4	60	11,7	-	0	161	9,4
Crack	-	0	-	0	-	0	1	0,2	-	0	1	0,1
Hipnóticos	-	0	-	0	1	0,1	-	0	-	0	1	0,1
Inhalables	-	0	6	1,8	4	0,5	5	1	-	0	15	0,9
Marihuana	3	60	231	67,7	511	61	279	54,2	5	50	1.029	60,2
Otros	-	0	-	0	1	0,1	-	0	-	0	1	0,1
Otros estimulantes	-	0	-	0	2	0,2	-	0	-	0	2	0,1
Otros Opioides Analgésicos	-	0	1	0,3	2	0,2	2	0,4	-	0	5	0,3
Pasta base	-	0	26	7,6	84	10	70	13,6	4	40	184	10,8
Sedantes	-	0	27	7,9	63	7,5	35	6,8	-	0	125	7,3
Total	5	100	341	100	838	100	515	100	10	100	1.709	10

Coherentemente la marihuana es la sustancia principal para hombres (65,4%) y mujeres (51,2%).

Tabla 15: Distribución de personas por sustancia principal al ingreso por sexo

Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	104	9,6	83	12,9	187	10,8
Cocaína	74	6,8	88	13,7	162	9,4
Crack	1	0,1	0	0	1	0,1
Hipnóticos	0	0	1	0,2	1	0,1
Inhalables	8	0,7	7	1,1	15	0,9
Marihuana	708	65,4	330	51,2	1.038	60,1
Otros	1	0,1	0	0	1	0,1
Otros estimulantes	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Otros Opioides Analgésicos	3	0,3	2	0,3	5	0,3
Pasta base	111	10,3	77	12	188	10,9
Sedantes	72	6,7	55	8,5	127	7,4
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

La Tabla 16 muestra el número de personas tratadas que presenta consumo problemático de acuerdo a las distintas sustancias, para calcular esto se consideraron las tres primeras sustancias registradas para cada persona, es decir sustancia principal, sustancia secundaria y terciaria. Por lo anterior, la suma de los porcentajes que representan no es el 100%. Así, se observa que el 92,9% de las personas tratadas consume problemáticamente marihuana, seguida por el 59,2% que consume alcohol y un 27,9% consume cocaína.

Tabla 16: Distribución de sustancia problemática

Sustancia	Personas atendidas	
	N	%
Alcohol	1.023	59,2
Cocaína	482	27,9
Marihuana	1.604	92,9
Pasta base	274	15,9
Sedantes	324	18,8

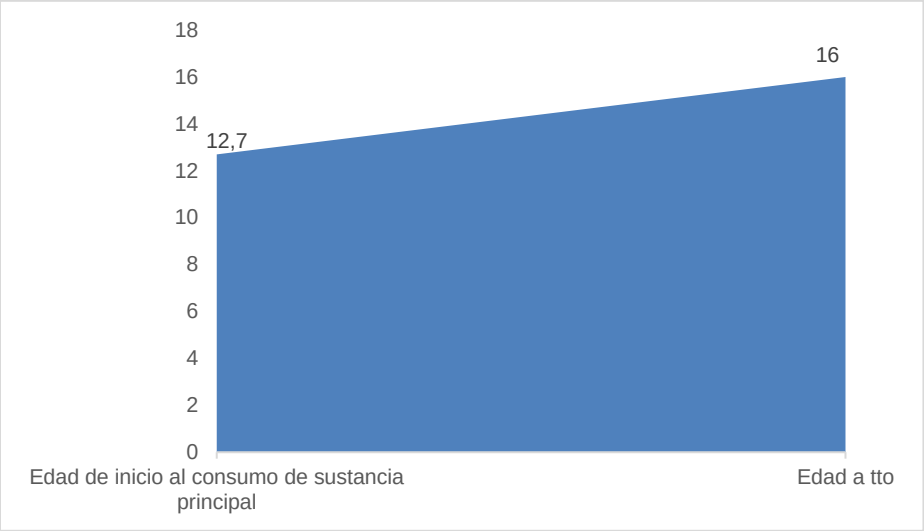
Considerando a todas las personas tratadas y como muestra la Tabla 17, la edad de inicio de consumo de la sustancia principal varía de acuerdo a la sustancia, desde los 12,9 años para marihuana a 14,3 años para cocaína.

Tabla 17: Promedio de edad de inicio de sustancia principal

Edad de inicio al consumo sustancia principal	N	Promedio
Alcohol	186	13
Cocaína	161	14,3
Marihuana	1.034	12,9
Pasta Base	188	13,8
Sedantes	127	13,7
Total	1.727	13,2

Si se considera sólo a las personas que ingresaron por primera vez a tratamiento, como muestra el Gráfico 3, se observa que, si bien la edad de inicio de consumo de la sustancia principal es a los 12,7 años, la edad con la que mayoritariamente ingresan a tratamiento es a los 16 años, lo que evidencia la necesidad de realizar más acciones que permitan una pesquisa, problematización y derivación oportuna.

Gráfico 3: Edad de Inicio de Consumo de sustancia principal de quienes ingresan por primera vez a tratamiento



Respecto de la frecuencia de consumo se puede observar que la mayoría de los usuarios y usuarias del Programa consumen diariamente (40,7%), seguidos por una frecuencia de 2 a 3 días a la semana (28,1%).

Tabla 18: Distribución de personas según frecuencia de consumo por sexo

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
No consumió la semana anterior	3	0,3	2	0,3	5	0,3
Menos de 1 día a la semana	15	1,4	15	2,3	30	1,7
1 día	35	3,2	27	4,2	62	3,6
2 a 3 días	306	28,3	179	27,8	485	28,1
4 a 6 días	269	24,8	159	24,7	428	24,8
Desconocido	6	0,6	9	1,4	15	0,9
Todos los días	449	41,5	253	39,3	702	40,7
Total	1.083	100	644	100	1.727	100

Como muestra el Gráfico 4, la mayor parte de los usuarios y usuarias presenta diagnóstico de Consumo Perjudicial (69%), correspondiendo el 31% restante a diagnóstico de Dependencia. Al desagregarlo por sexo, ambos se distribuyen prácticamente de igual manera (Tabla 19).

Gráfico 4: Porcentaje de personas según diagnóstico de consumo de sustancia al ingreso

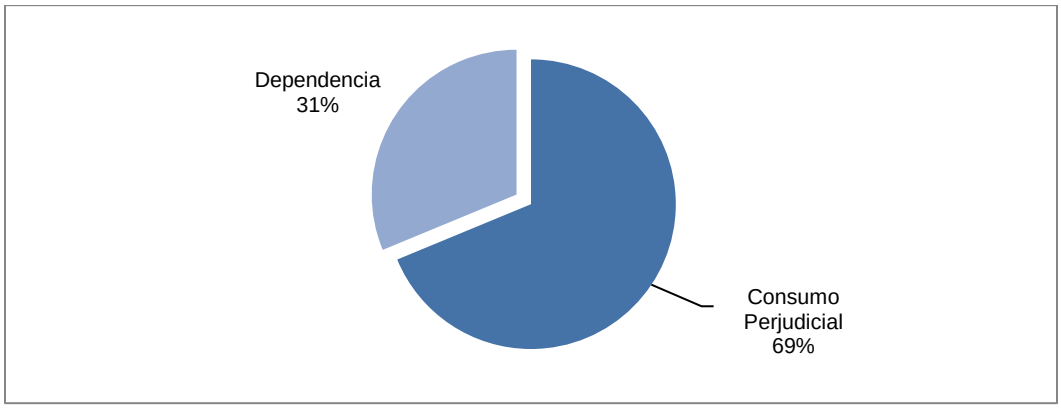


Tabla 19: Porcentaje de personas según diagnóstico de consumo de sustancias al ingreso por sexo

Diagnóstico de Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo Perjudicial	729	69,2	422	68	1.151	68,8
Dependencia	325	30,8	198	32	523	31,2
Total	1.054	100	620	100	1.674	100

Otra variable relevante en el tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas es la existencia de comorbilidad psiquiátrica, esto es la presencia de otro trastorno de salud mental en los usuarios.

De acuerdo a la Tabla 20, podemos apreciar que un 78,9% de los usuarios y usuarias atendidas presentan otro trastorno de salud mental, mientras que un porcentaje significativo presenta “diagnóstico en estudio” (18,3% en el caso de los hombres y 21,1% en el caso de las mujeres). Estas cifras resultan más altas que las encontradas en igual período del año anterior, lo cual se puede deber a que los equipos estén realizando un diagnóstico más temprano en comparación al año anterior, donde se mantenían en estudio. Los diagnósticos más frecuentemente presentados corresponden al trastorno de control de impulsos y trastorno adaptativo (29,9% y 23,3%), siendo ambos más frecuentes en hombres que en mujeres (31,9% y 26,6% para el primero y 25,5% y 19,5% para el segundo).

Tabla 20: Distribución de personas con otro trastorno de salud mental

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
En estudio	192	18,3	131	21,1	323	19,3
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	9	0,9	4	0,7	13	0,8
Sin trastorno	24	2,3	5	0,8	29	1,7
Trastorno Adaptativo	268	25,5	121	19,5	389	23,3
Trastorno de la Personalidad	2	0,2	2	0,3	4	0,2
Trastorno de Ansiedad	35	3,3	45	7,3	80	4,8
Trastorno de inicio en la infancia	43	4,1	25	4	68	4,1
Trastorno de la conducta alimentaria	15	1,4	14	2,3	29	1,7
Trastorno del Estado de Animo	22	2,1	11	1,8	33	2
Trastornos del sueño	88	8,4	72	11,6	160	9,6
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	3	0,3	5	0,8	8	0,5
Trastornos sexuales y de la identidad	14	1,3	20	3,2	34	2
Trastorno del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	335	31,9	165	26,6	500	29,9
Total	1.050	100	620	100	1.670	100

Considerando sólo a las personas que presentan otro trastorno, la mayor frecuencia son Trastornos del control de los impulsos (52,2%) seguido por los trastornos del sueño (16,7%) y los trastornos de ansiedad (8,4%), como se puede apreciar en la Tabla 21.

Tabla 21: Distribución de personas según tipo de trastorno psiquiátrico por sexo

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	9	1,5	4	1,1	13	1,4
Trastorno Adaptativo	24	4,1	5	1,4	29	3
Trastorno de la Personalidad	2	0,3	2	0,5	4	0,4
Trastorno de Ansiedad	35	5,9	45	12,2	80	8,4
Trastorno de inicio en la infancia, niñez y adolescencia	43	7,3	25	6,8	68	7,1
Trastorno de la conducta alimentaria	15	2,5	14	3,8	29	3
Trastorno del Estado de Animo	22	3,7	11	3,0	33	3,4
Trastorno del sueño	88	14,9	72	19,6	160	16,7
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	3	0,5	5	1,4	8	0,8
Trastornos sexuales y de la identidad	14	2,4	20	5,4	34	3,6
Trastorno del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	335	56,8	165	44,8	500	52,2
Total	590	100	368	100	958	100

Respecto al origen de ingreso al Programa, se observa una gran variabilidad, destacando como principales derivadores los establecimientos educacionales y de salud, los que en conjunto representan un 37,2%, la demanda espontánea corresponde a un 15,6%, y los programas de protección de SENAME a un 10,9%.

Tabla 22: Distribución de Nº personas por origen de ingreso

Origen de Ingreso	Tipo de Programa	N	%	N	%
Demanda espontánea	Demanda espontánea	270	15,6%	270	15,6%
Educación	Establecimiento Educacional	341	19,7%	341	19,7%
Justicia	Corporación Judicial	1	0,1%	201	11,6%
	Tribunal Garantía	3	0,2%		
	Dupla derivadora Fiscalía	10	0,6%		
	Fiscalía	3	0,2%		
	Tribunal Familia	184	10,7%		
Otro	Municipalidad	7	0,4%	186	10,8%
	Previene	59	3,4%		
	Otro	120	6,9%		
Red de tratamiento	Otro centro de tratamiento en convenio	126	7,3%	208	12,0%
	Otro centro de tratamiento sin convenio	82	4,7%		
Salud	Establecimiento de Salud	301	17,4%	301	17,4%
SENAME DEPRODE	Programa intervención breve para la prevención focalizada	8	0,5%	192	11,1%
	Centros residenciales de protección para mayores	2	0,1%		
	Centros residenciales de protección para mayores con programa adosado	6	0,3%		
	Centros residenciales para mayores	1	0,1%		
	Centros residenciales para mayores programas especializados adosados	1	0,1%		
	Oficina de Protección Derechos	16	0,9%		
	Programa 24 Horas	9	0,5%		
	Programa de prevención comunitaria	2	0,1%		
	Programa diagnóstico ambulatorio	1	0,1%		
	Programa especializado en situación de calle	3	0,2%		
	Programa intervención familiar	1	0,1%		
	Programa Intervención Integral Especializada	81	4,7%		
	Programa de explotación sexual y comercial	16	0,9%		
	Programa especializado en agresión sexual	2	0,1%		
	Programa de maltrato y abuso sexual infantil	15	0,9%		
	Programa Vida Nueva	2	0,1%		
	Programa de familia acogida simple	2	0,1%		
	Residencias especializadas con programa de intervención SENAME	24	1,4%		
SENAME DJJ	Programa de servicios en beneficio de la comunidad	12	0,7%	28	1,6%
	Programa medidas cautelares ambulatorias	2	0,1%		
	Programa de salidas alternativas	14	0,8%		
Total		1.727	100%	1.727	100%

Como muestra la Tabla 23, para el 69,3% de las personas tratadas durante el año 2018 este fue su primer tratamiento, del 30,7% que ya habían realizado tratamientos previos, el 23,9% lo había realizado en los últimos 6 meses.

Tabla 23: Distribución de personas por fecha de último tratamiento

Fecha del último tratamiento	Personas atendidas	
	N	%
1 a 2 años	42	2,6
3 a 4 años	7	0,4
5 o más años	6	0,4
Primer tratamiento	1.132	69,3
último 12 meses	55	3,4
último 6 meses	391	23,9
Total	1.633	100

4. COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL

El Compromiso Biopsicosocial (CBPS) 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. En relación al diagnóstico de Compromiso Biopsicosocial, como indica la Tabla 24, el más frecuente en las personas tratadas el año 2018 es Moderado (61%), le sigue el CBPS Severo con el 37,2% y finalmente Leve con el 1,9%. Cuando este dato se desagrega por sexo, el CBPS severo es significativamente más frecuente en las mujeres (43,3%) que en hombres (33,6%).

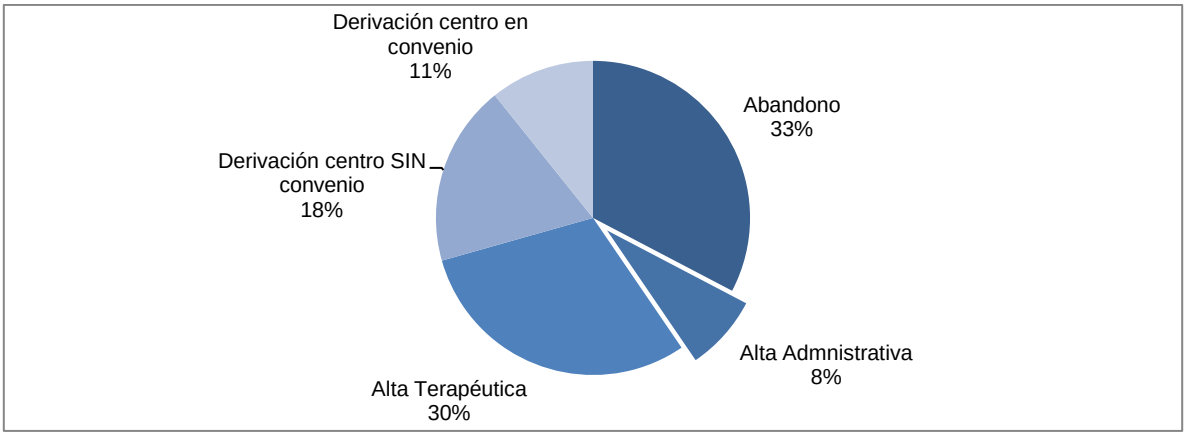
Tabla 24: Porcentaje de personas según compromiso biopsicosocial

Compromiso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Leve	22	2,1	9	1,5	31	1,9
Moderado	679	64,4	343	55,2	1.022	61
Severo	354	33,6	269	43,3	623	37,2
Total	1.055	100	621	100	1.676	100

5. SOBRE LOS EGRESOS

Durante el año 2018, egresaron un total de 912 personas. Como muestra el Gráfico 5, la mayor parte de los usuarios egresó por abandono (33%), seguido por alta terapéutica (30%) y las derivaciones a centros en convenio y sin convenio (29%).

Gráfico 5: Distribución de personas por tipo de egreso



Del total de egresados, es posible observar diferencias entre hombres y mujeres en relación al tipo de alta, especialmente en la alta terapéutica, donde las mujeres presentan un porcentaje mayor (32,9% y 28,6% hombres). Lo opuesto ocurre respecto de los abandonos, donde los hombres presentan mayor porcentaje que las mujeres (34,3% y 29,9% respectivamente).

Tabla 25: Distribución de Nº personas por motivo de egreso según sexo

Motivo de egreso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	200	34,3	98	29,9	298	32,7
Alta Administrativa	42	7,2	29	8,8	71	7,8
Alta Terapéutica	167	28,6	108	32,9	275	30,2
Derivación centro SIN convenio	106	18,2	64	19,5	170	18,6
Derivación centro en convenio	69	11,8	29	8,8	98	10,8
Total	584	100	328	100	912	100

De acuerdo a los resultados, se puede observar que el mayor porcentaje de egresos por alta terapéutica se encuentra en el rango de 18 a 20 años (38,7%), como muestra la Tabla

26. Mientras que el egreso por abandono se presenta con mayor frecuencia en el rango de 16 y 17 años.

Tabla 26: Distribución de Nº personas por motivo de egreso según edad

Motivo de egreso	Menor o igual a 9		10 a 15		16 a 17		18 a 20		Igual o mayor a 21		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	1	50	42	30,4	148	36,1	103	29,8	3	33,3	297	32,8
Alta Administrativa	1	50	16	12	26	6,3	26	7,5	0	0	69	7,6
Alta Terapéutica	0	0	38	27,5	97	23,7	134	38,7	3	33,3	272	30,1
Derivación centro SIN convenio	0	0	30	21,7	74	18,1	62	17,9	3	33,3	169	18,7
Derivación centro en convenio	0	0	12	8,7	65	15,9	21	6,1	0	0	98	10,8
Total	2	100	138	100	410	100	346	100	9	100	905	100

Respecto de los tipos de egreso por plan, las altas terapéuticas y los abandonos ocurren con mayor frecuencia en el plan ambulatorio, como se observa en la Tabla 27.

Tabla 27: Distribución de Nº personas por motivo de egreso según plan

Motivo de egreso	PAI IA		PR IA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	282	33,8	16	20,8	298	32,7
Alta Administrativa	62	7,4	9	11,7	71	7,8
Alta Terapéutica	269	32,2	6	7,8	275	30,2
Derivación centro SIN convenio	152	18,2	18	23,4	170	18,6
Derivación centro en convenio	70	8,4	28	36,4	98	10,8
Total	835	100	77	100	912	100

Cuando las personas egresan de tratamiento se realiza una evaluación del logro terapéutico alcanzado durante el proceso, la que considera los cambios en las siguientes áreas: Patrón de consumo, Situación familiar, Relaciones interpersonales, Situación ocupacional, Salud mental y Salud física.

En la Tabla 28 se aprecia que el 56,5% de los usuarios y usuarias egresan con un nivel de logro intermedio o alto, mientras que el 43,5% de los usuarios egresa con un nivel de logro mínimo.

Tabla 28: Distribución de Nº personas por logro terapéutico al egreso

Logro terapéutico	Personas atendidas	
	N	%
Logro Alto	179	27,8
Logro Intermedio	185	28,7
Logro Mínimo	280	43,5
Total	644	100

Como muestra la Tabla 29, los mayores logros al egreso se alcanzan con permanencias mayores en tratamiento.

Tabla 29: Promedio de meses de permanencia según logro terapéutico al egreso

Logros	N	Promedio
Logro Alto	179	13,8
Logro Intermedio	185	11,4
Logro Mínimo	280	4,6

La Tabla 30 muestra que, al egresar de tratamiento, hombres y mujeres presentan un nivel de logro intermedio o alto similar (56%y 57,5% respectivamente).

Tabla 30: Distribución de personas por logro terapéutico al egreso según sexo

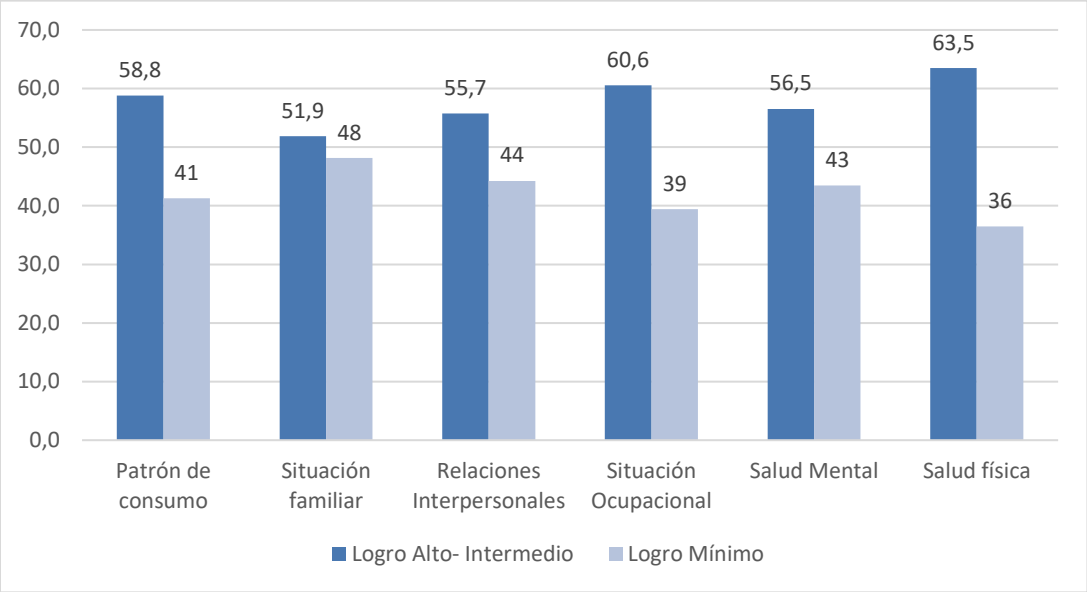
Logros	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	106	25,9	73	31,1	179	27,8
Logro Intermedio	123	30,1	62	26,4	185	28,7
Logro mínimo	180	44	100	42,6	280	43,5
Total	409	100	235	100	644	100

En la Tabla 31 se observa que, entre las personas egresadas con logro alto, las dimensiones que presentan mejores resultados corresponden a salud física, situación ocupacional y patrón de consumo (36,3%, 36,2% y 29,5% respectivamente). Respecto del logro intermedio, las dimensiones que presentan mejores resultados corresponden a relaciones interpersonales, salud mental y patrón de consumo (31,2%, 30,8% y 29,3% respectivamente).

Tabla 31: Distribución de personas por logro terapéutico al egreso según dimensiones

Logros	Patrón de consumo		Situación familiar		Relaciones Interpersonales		Situación Ocupacional		Salud Mental		Salud física	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	190	29,5	151	23,5	158	24,5	233	36,2	166	25,8	234	36,3
Logro Intermedio	188	29,3	183	28,4	201	31,2	157	24,4	198	30,8	175	27,2
Logro Mínimo	266	41,3	310	48,1	285	44,3	254	39,4	280	43,5	235	36,5
Total	644	100	644	100	644	100	644	100	644	100	644	100

Gráfico 6: Distribución porcentual de personas por logro terapéutico al egreso por dimensión



Como muestra la Tabla 32, el promedio de permanencia en plan ambulatorio es de 9,4 meses y en el plan residencial 3,9 meses, lo que es esperable técnicamente.

Tabla 32: Promedio de permanencia (excluye derivaciones) al egreso según plan en meses

Plan	N	Promedio	Mediana
PAI	613	9,4	7,3
PR	31	3,9	3,2

De acuerdo a la Tabla 33, el promedio de permanencia en tratamiento de las personas que egresan con alta terapéutica es de 14,1 meses a diferencia del abandono y el alta administrativa, que presentan períodos de permanencia menores a los 6 meses. Es decir, a mayor tiempo de permanencia, aumentan las posibilidades de cumplir los objetivos terapéuticos propuestos.

Tabla 33: Promedio de meses de permanencia según tipo de egreso

Tipo de Egreso	N	Promedio
Abandono	298	5,4
Alta Administrativa	71	5,8
Alta Terapéutica	275	14,1
Derivaciones	268	6,8

De acuerdo a lo observado en la Tabla 34, el 83,7% de las personas tratadas en programas ambulatorios intensivos y el 51,6% de las personas tratadas en programas residenciales, permanece más de tres meses en tratamiento.

Tabla 34: Promedio de tiempo de permanencia al egreso según plan (en meses)

Permanencia	PAI IA		PR IA		Total	
	N	%	N	%	N	%
3 meses o menos	100	16,3	15	48,4	115	17,9
Mas de 3 meses	513	83,7	16	51,6	529	82,1
Total	613	100	31	100	644	100

Como muestra la Tabla 35, la diferencia de permanencia entre hombres y mujeres no es significativa, en ambos la permanencia mayor a tres meses supera el 80%.

Tabla 35: Promedio de tiempo de permanencia al egreso según sexo (en meses)

Permanencia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
3 meses o menos	75	18,3	40	17,0	115	17,9
Mas de 3 meses	334	81,7	195	83,0	529	82,1
Total	409	100	235	100	644	100

Como ya se mencionó, se observa que la mayor parte de los usuarios permanece más de tres meses en tratamiento, observándose una baja en el rango entre los 16 y 17 años (75,3%).

Tabla 36: Promedio de tiempo de permanencia al egreso según rango etareo (en meses)

Permanencia	Menor o igual a 9		10 a 15		16 a 17		18 a 20		Mayor o igual a 21		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses o menos	0	0	17	17,7	67	24,7	31	11,8	0	0	115	18
Mas de 3 meses	2	100	79	82,3	204	75,3	232	88,2	6	100	523	82
Total	2	100	96	100	271	100	263	100	6	100	638	100

En relación a las personas que egresan por alta terapéutica, se observa que quienes finalizan su tratamiento en el plan ambulatorio intensivo, lo hacen en promedio en un período mayor a un año. Aquellos que egresan de los planes residenciales, lo hacen en un promedio a los 5 meses. Es relevante mencionar que se espera que luego de egresar de un programa residencial, las personas continúen su proceso terapéutico de manera ambulatoria.

Tabla 37: Promedio de meses de permanencia al egreso por alta terapéutica según plan

Plan	N	Promedio
PAI IA	269	14,3
PR IA	6	5,5

Considerando sólo los casos que han egresado por abandono, un 79,5% lo ha hecho con logro mínimo, mientras un 20,5% lo ha hecho con logro intermedio o alto, de acuerdo lo observado en la Tabla 38.

Tabla 38: Distribución de personas por logro terapéutico al egreso por abandono

Logro sólo por abandono	N	%
Logro Alto	1	0,3
Logro Intermedio	60	20,2
Logro mínimo	237	79,5
Total	298	100

Además, es posible observar que el egreso por abandono ocurre mayoritariamente alrededor de los 5 meses, independiente del plan en que se encuentre la persona.

Tabla 39: Promedio de meses de permanencia al egreso por abandono según plan

Plan	N	Promedio
PAI IA	283	5,4
PR IA	16	4,8

III. Principales resultados

1. Caracterización de las personas usuarias

El número total de personas atendidas durante el año 2018 fue 1.727 casos, de las cuales el 63% corresponde a hombres y el 37% a mujeres, aumentando levemente el porcentaje de mujeres tratadas en comparación con el año anterior. La mayor concentración (49%) corresponde al rango de edad de 16 y 17 años. En cuanto al logro terapéutico, el 56, 5% de los usuarios egresados alcanzó un nivel logro intermedio o alto.

En relación al nivel de escolaridad de las personas tratadas, el 29,2% no ha completado la educación básica, porcentaje alto de acuerdo a lo esperable según el promedio de edad de las personas tratadas. Respecto a estar fuera del sistema escolar, la mayor parte no se encuentra en esa condición (78,9%), lo cual es un factor protector para su desarrollo.

Otra situación destacable es que el promedio de edad para el inicio de consumo es a los 12,8 años para marihuana, siendo la sustancia con la que en promedio mayormente inician el consumo, seguida por el alcohol a los 13 años. Sin duda estas cifras requieren abordar el fenómeno de manera más temprana, debido al riesgo que representan estos consumos para la salud y el desarrollo de los adolescentes. También es relevante destacar, que, si bien el consumo se inicia a los 12 años, el ingreso a tratamiento se realiza en promedio a los 16 años, por lo que se requieren acciones para mejorar la oportunidad de la pesquisa y referencia cuando corresponda.

2. Aspectos Terapéuticos

De acuerdo a la información contenida en este informe, se destaca que el 82% de los usuarios permanece más de 90 días en tratamiento y un 56,5% egresa con un nivel de logro intermedio o alto.

Por otro lado, existen aspectos técnicos que deben ser abordados para mejorar la efectividad del tratamiento con esta población, entre ellos:

- El porcentaje de personas que abandonan el tratamiento (32,7%);
- El porcentaje de personas que egresa con logro terapéutico mínimo (43,5%);

- El bajo porcentaje aún de ingresos derivados de los centros de administración directa de SENAME o de sus colaboradores (10,9%), pese a ser una población priorizada en los convenios vigentes con las instituciones públicas y privadas;
- Si bien ha disminuido significativamente la presencia de casos que permanecen en estudio de otro diagnóstico de salud mental, esto debe continuar abordándose, pues el contar con diagnósticos claros y oportunos, tendrá un impacto positivo en la intervención terapéutica y en los logros de los usuarios y usuarias;
- Continúa siendo un desafío la actualización permanente de los equipos de tratamiento, con el fin de mejorar las competencias técnicas de los profesionales y técnicos que allí se desempeñen. Así como el mejoramiento en los registros que realizan en el sistema.

Por último, si bien en los últimos años ha aumentado la cobertura del Programa, esta sigue siendo insuficiente respecto a la necesidad existente.