

# **Especificaciones Técnicas**

---

**Tratamiento del consumo problemático de alcohol  
y drogas y otros trastornos de salud mental de  
adolescentes y jóvenes con Infracción de ley**

**SENDA**

**Septiembre 2023**

## Capítulo I. Bases Generales del Programa de Tratamiento

### 1. Antecedentes Generales

#### 1.1. Marco Normativo

- **Ley de Responsabilidad Penal Adolescente**

El Programa de Tratamiento se sustenta en el marco normativo que brinda la Ley N°20.084, de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA), normativa que entró en vigencia en junio del 2007 estableciendo un sistema regulatorio de la responsabilidad penal de los adolescentes que han cometido infracciones a la ley penal y que, al momento de la comisión del delito, eran mayores de 14 años y menores de 18 años.

La ley regula los procedimientos para el establecimiento y la persecución de dicha responsabilidad penal y determina las sanciones y la forma en que éstas deben ser ejecutadas, garantizando el pleno respeto por los principios contenidos en la Convención por los Derechos del Niño, así como los distintos instrumentos internacionales que norman la aplicación de medidas y sanciones en materia de niños, niñas y adolescentes que han entrado en conflicto con la ley penal (SENAME, 2021).

Las sanciones definidas en la Ley N°20.084 incluyen sanciones privativas de libertad y otras en el medio libre. A su vez, establece medidas cautelares a ser cumplidas en medio libre y privativo de libertad.

Específicamente, en materia de consumo problemático de alcohol y otras drogas, en el art. 7 la normativa establece como sanción accesoria la obligación de someterse a un tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol. A su vez, se establece que se deberá asegurar la posibilidad de acceder a programas de tratamiento a las personas adolescentes que cumplen sanción de Libertad Asistida Especial (art 14) y para quienes cumplan una sanción en medio privativo de libertad (art. 17), quienes, presentando un consumo problemático de alcohol y otras drogas, accedan voluntariamente a tratamiento.

Con el fin de proporcionar una efectiva respuesta a lo dispuesto en la ley en materia de tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas, SENDA, Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores y Gendarmería de Chile suscriben a partir del año 2008 un Convenio Interinstitucional que tiene por principal objetivo generar un trabajo interinstitucional coordinado y eficiente, que facilite la articulación en red para promover y garantizar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención para los y las adolescentes y jóvenes que ingresan al sistema penal por la Ley N° 20.084 y que presentan una problemática de consumo de alcohol y otras drogas.

En su última versión, con resolución del xxx de agosto de 2023 el Convenio establece que el Programa de Tratamiento incluye en su población objetivo a los/as siguientes beneficiarios/as:

- a) Adolescentes y jóvenes sancionados/as por el juez con penas privativas o no privativas de libertad, a quienes además se les haya impuesto como sanción accesoria la obligatoriedad del tratamiento por adicción al alcohol o a otras drogas.
- b) Adolescentes y jóvenes sancionados/as con internación en régimen cerrado o en régimen semicerrado, libertad asistida, libertad asistida especial y Servicio en Beneficio de la Comunidad y que requieran tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas y que accedan voluntariamente a ello.
- c) Adolescentes y jóvenes, que tengan la calidad de imputados/as, a quienes el juez les haya aplicado una medida cautelar personal, ya sea en medio libre o privativo de libertad y que requieran tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas y que accedan voluntariamente a ello.
- d) Adolescentes y jóvenes que tengan la calidad de imputados/as, que requieran tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas, que hayan accedido a una suspensión condicional del procedimiento, cuya condición sea: el ingreso a un Programa de Salidas Alternativas (PSA) o someterse a un tratamiento por adicción al alcohol o a las drogas o ingresar al programa Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD) y que accedan voluntariamente a ello.
- e) Jóvenes que se encuentren en cumplimiento de una sanción privativa de libertad en las secciones juveniles de recintos penitenciarios administrados por GENCHI, que requieran tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas y que accedan voluntariamente a ello.

Por otra parte, Ley N° 21.527, promulgada el 31 de diciembre de 2022 y publicada el 12 de enero del año 2023, modifica la ley 20.084 y regula el nuevo Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil (en adelante, SRSJ), que reemplaza al SENAME, definiéndolo como un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio<sup>1</sup>.

La ley comenzará a regir en forma gradual: en enero de 2024 inicia su implementación en la zona norte del país, incluyendo las regiones Arica Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Coquimbo, a partir de enero de 2025 en la zona sur integrada por las regiones del Maule, Ñuble, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes y, por último, desde

---

<sup>1</sup> La ley comenzará a regir en enero de 2024 en la zona norte del país (regiones Arica Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Coquimbo), a partir de enero de 2025 en la zona sur (regiones del Maule, Ñuble, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes) y, por último, desde enero de 2025 en la zona centro (regiones de Valparaíso, Metropolitana y O'Higgins).

enero de 2025 en la zona centro, comprendida por las regiones de Valparaíso, Metropolitana y O'Higgins.

La Ley N° 21.527 modifica algunas medidas y sanciones en el marco de la determinación de la responsabilidad penal adolescente. Entre los principales cambios se destaca la sustitución de la internación en régimen semicerrado por la de libertad asistida con internación parcial, se elimina la sanción de multa, se incorporan penas accesorias previstas en la ley de violencia intrafamiliar, así como aquellas que dicen relación con espectáculos de fútbol profesional.

Específicamente, en materia de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, la ley deroga el art 7, que establecía la sanción accesoria sobre la obligación de someterse a tratamiento. Sin embargo, se mantienen vigentes los artículos 14 y 17 que resguardan el acceso a tratamiento en forma voluntaria de adolescentes en medio libre y privativo de libertad.

- **Normativas que rigen el funcionamiento de los centros y programas que ejecutan sanciones y medidas**

Por otra parte, en la medida en la que este programa de tratamiento se realiza en directa coordinación con los centros y programas que ejecutan sanciones y medidas en el marco de la LRPA, para la implementación del tratamiento por consumo problemático se deben tener también en consideración las normativas emitidas por SENAME, SRSJ y Gendarmería de Chile en materias relativas al cumplimiento de sanciones y medidas, así como también aquellas vinculadas con aspectos de seguridad y resguardo de la población que se encuentra en medio privativo de libertad.

En este sentido, deben contemplarse: todos los documentos vigentes que contengan Orientaciones Técnicas para la ejecución de sanciones y medidas, elaborados por el SENAME y por el SRSJ.

Junto a lo anterior, se considera la Resolución N° 3.315, de 2008, de Gendarmería de Chile, que Aprueba Manual de Funcionamiento de Secciones Juveniles, la Resolución N° 3.327, de 2009, de Gendarmería de Chile, que Modifica Resolución N° 3.315 y el Oficio N° 14.10.05.612, del año 2011, de Gendarmería de Chile, que instruye atención en salud en Secciones Juveniles.

Se deberán contemplar también posteriores normativas y resoluciones emanadas desde SENAME, SRSJ y Gendarmería de Chile referidas a la intervención con adolescentes y jóvenes con infracción de ley.

- **Otras normativas en materias de infancia, enfoque de derechos y salud mental**

La atención integral en salud de las personas adolescentes se fundamenta en derechos y principios, que establecen garantías amparadas en los marcos normativos tanto nacionales como internacionales, que involucran compromisos de Estado y tienen un carácter de obligatoriedad.

Desde un enfoque de derechos y en especial consideración de la protección de las poblaciones más vulnerables, el Programa de Tratamiento debe regirse por marcos establecidos en la Declaración de Derechos Humanos, Convención Internacional de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, los Principios de Yogyakarta, así como también los Pactos, Convenciones y otros instrumentos internacionales ratificados por el Estado de Chile.

En el marco de la normativa nacional cobra especial relevancia la Ley sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que tiene por objeto la garantía y protección integral, el ejercicio efectivo y el goce pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en especial, de los derechos humanos que les son reconocidos en la Constitución Política de la República, en la Convención sobre los Derechos del Niño, en los demás tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile que se encuentren vigentes y en las leyes.

La Ley establece la creación del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, integrado por el conjunto de políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, cultural y social de los niños, niñas y adolescentes, hasta el máximo de los recursos de los que pueda disponer el Estado.

Por otra parte, se identifican los Planes y Políticas que abordan materias específicas concernientes a la atención en salud y que proporcionan criterios técnicos-administrativos generales que orientan el desarrollo de la oferta de atención integral a la salud de los y las adolescentes, considerando:

La Norma Técnica N° 85 del Ministerio de Salud para el 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. La normativa fue elaborada por el Ministerio de Salud en acuerdo con el Ministerio del Interior (a través de CONACE) y el Ministerio de Justicia (a través de SENAME) brindando las directrices para dar cumplimiento a la Ley N° 20.084 en materia de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, regulando los aspectos generales de la atención clínica en distintas modalidades de tratamiento para adolescentes y jóvenes en el tanto en medio libre como en el contexto privativo de libertad.

El Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, aprobado mediante Resolución Exenta N°1286 del 24 de octubre de 2017.

El Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud del Ministerio de Salud, aprobado mediante la Resolución Exenta N° 296 del 6 de marzo de 2018.

Así también, el Programa de Tratamiento deberá guiarse por las diversas regulaciones y normativas establecidas en:

- La Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud y que establece normas para los procesos de atención y manejo de la información del programa.
- La ley 21.331, que reconoce y protege los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual y que, además, introduce modificaciones a la ley 20.584.
- La Ley 19.628 sobre el tratamiento de información sensible.
- La Ley 20.609 (sobre Medidas Contra la Discriminación); sumado a otras normativas, decretos y circulares del Ministerio de Salud.

Por otra parte, se deben considerar los códigos deontológicos particulares definidos desde las distintas disciplinas biopsicosociales involucradas en la atención de esta población y que establecen un marco general de criterios, normas y valores que rigen y orientan el ejercicio profesional.

## **1.2. Antecedentes epidemiológicos**

Diversos estudios a nivel internacional han evidenciado una alta morbilidad psiquiátrica en adolescentes con infracción de ley, destacando una mayor presencia de trastorno por uso de sustancias psicoactivas, trastornos depresivos y ansiosos, trastorno de conducta y trastorno por déficit atencional, entre otras problemáticas. (Washburn, 2008, Zhou, 2012, Teplin, 2014).

Una investigación realizada en Chile con adolescentes hombres entre 14 y 17 años que cumplen sanciones y medidas en el marco de la LRPA (Gaete et al. 2014) identificó una prevalencia de 86,3% de cualquier trastorno psiquiátrico, destacando que un 67,7% de la muestra presentaba dos o más trastornos concurrentes.

Estos resultados coinciden con lo evidenciado por la investigación nacional e internacional, respecto de la mayor presencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con infracción de ley, en comparación a la población general adolescente <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Tomando como referencia otra investigación realizada en el país con niños, niñas y adolescentes (De La Barra et al. 2012), en el grupo de 12 a 18 años la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico asciende al 16,5%, por lo que al compararla con el estudio de Gaete et al. Se observa que la prevalencia de trastornos de salud mental es cinco veces mayor en adolescentes con infracción de ley.

Respecto al tipo de trastorno presentado, en adolescentes con infracción las mayores prevalencias corresponden a trastornos por uso de sustancias (75,5%) y, en segundo lugar, trastornos disruptivos (37,8%), incluyendo dentro de estos a trastorno de conducta (27,7%) y trastorno oposicionista desafiante (27,1%). El tercer trastorno más prevalente fue el trastorno por déficit atencional (25,4%), siendo el tipo combinado el más frecuente, mientras que en cuarto lugar se ubicó el episodio depresivo mayor (19,7%) y, por último, los trastornos ansiosos de agorafobia (8,5%) y fobia social (2,1%) (Gaete et al. 2014).

Por otra parte, una investigación realizada por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad, PUC de Chile para SENDA (2023) buscaba determinar la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes y jóvenes en el marco de la Ley 20.084. El estudio determinó que un 58,1% presenta abuso y 43% reporta dependencia y al observar ambos trastornos en conjunto, se identificó un 62,4% de prevalencia de consumo problemático.

En relación al tipo de sustancias consumidas, la investigación muestra una mayor prevalencia año y mes de marihuana (77,7% y 60,1%, respectivamente) seguida por la prevalencia año y mes de alcohol (61,2% y 36,4%). Específicamente en relación a la ingesta de alcohol, la prevalencia de “atracción de alcohol” (binge drinking)<sup>3</sup> entre las personas encuestadas es de dos de cada cinco personas (41,8%).

Se destaca, particularmente, la prevalencia año y mes de tussi (42% y 18,8%) como una droga emergente. Además, se observan las siguientes prevalencias año y mes de tranquilizantes sin receta médica (26,6% y 11,4%), cocaína (17,7% y 6,1%) y pasta base.

En cuanto a las sustancias identificadas como problemáticas por la misma persona encuestada, la marihuana es la droga más mencionada (22%), seguida por los tranquilizantes sin receta médica (11%), la cocaína (7%), el tussi (6%), la pasta base (2%) y los analgésicos derivados del opio (1%). Cabe destacar que un 32% de la muestra indicó que ninguna sustancia le resultaba problemática.

Respecto de la edad de inicio del consumo, la marihuana es la sustancia de uso más precoz con una edad promedio de 13 años, seguida por inhalables (13,8 años) el alcohol (14,1 años), tranquilizantes sin receta médica (14,2 años) y cocaína (14,7 años).

Al revisar la trayectoria de consumo, se destaca que a los 10 años un 14,5% había iniciado el uso de marihuana y un 5,5% de alcohol. A los 12 años el uso de marihuana se duplica (33,6%) y el de alcohol se triplica (15,1%). A los 14 años, la marihuana alcanza el 62% y el alcohol el 41,6% y un 21,2% ha ingerido tranquilizantes sin receta médica. Finalmente, a los 16 años, el consumo de marihuana es de 75,1%, alcohol 59,7%, tranquilizantes 30% y cocaína 23,8%.

Respecto de la percepción de riesgo, un 76,4% consideran muy riesgoso consumir pasta base una vez al mes, un 71,4% ve muy riesgoso beber alcohol todos o casi todos los días

---

<sup>3</sup> Definido como la ingesta de 5 o más tragos en una ronda o en una única ocasión (NHI, 2014).

y un 55,1% considera de alto riesgo consumir cocaína una vez al mes. En cambio, apenas un 24,1%, percibe muy riesgoso fumar marihuana una o dos veces por semana.

Por otro lado, un 52,3% declara haber hecho un esfuerzo serio por dejar el consumo y un 50,4% reporta que pediría ayuda o ha pedido ayuda por problemas de consumo. Entre quienes han pedido o pedirían ayuda, en primer lugar, mencionan a la madre como la persona a quien acudirían (59%) y en segundo lugar a un/a profesional del centro o programa de sanciones o medidas (45%). Luego, les siguen hermanos/as (38%), el papá (36%); amigo cercano (34%); otro familiar (33%); alguien de la iglesia (17%); y profesor del colegio (12%).

Se destaca que un 41,3% de la población que cumple criterios diagnósticos de consumo problemático declaró estar asistiendo a tratamiento al momento del estudio. Un 55,8% no ha estado nunca en un tratamiento, mientras que un 28,1% ha estado una vez y aproximadamente un 15% ha estado entre 2 a 8 veces.

Entre quienes egresaron de tratamiento sin haber alcanzado el alta terapéutica, un 18% señala como motivo de su egreso la pérdida de interés, un 13% nunca haber tenido demasiado interés y un 10% porque no pudo dejar el consumo. A su vez, un 8% señala incompatibilidades con el trabajo, educación o labores de cuidado de otros. Por último, se mencionan horarios del centro de tratamiento (3%), problemas con el equipo tratante (3%) o con compañeros del tratamiento (2%).

Con respecto a su percepción sobre los logros y resultados alcanzados en tratamiento, señalan disminución de la cantidad de droga consumida (68%), mantención de abstinencia por un mes o más (53%) y alejamiento de pares que consumen drogas (43%). A su vez, se menciona mejoramiento de la salud mental (62%), avances en la relación con familiares y personas significativas (62%), dejar el delito por un mes o más (53%), volver al colegio o mejorar el rendimiento escolar (52%), el alejamiento de pares que delinquen (44%), haber disminuido el uso de servicios de urgencias por intoxicación o accidentes debido al consumo (36%) y, por último, haber encontrado o mantenido un trabajo (29%).

### **1.3. Caracterización de las personas usuarias**

Durante el año 2022, el Programa de Tratamiento atendió a un total de 3.131 adolescentes y jóvenes en el marco de la Ley 20.084, registrándose un total de 4.249 episodios de tratamiento. La diferencia entre estas dos cifras refleja la gran cantidad de personas usuarias que presentaron más de un episodio de tratamiento durante el año, debido a un cambio de sanción o medida, derivación a un nivel de mayor o menor intensidad de cuidados o por un abandono de tratamiento y posterior reingreso al programa.

Un 91,2% correspondió a hombres y un 8,8% a mujeres. Principalmente, se ubicaban en el rango de 16 a 17 años (53,6%), seguido por el rango de 18 a 20 años (29,2%) y el de 14 a 15 años (12%). Un 5,2% era mayor de 21 años.



Un 63,7% de las personas accedieron a tratamiento en el medio libre y un 36,3% se encontraban en medio privativo de libertad. Al revisar las diferencias por sexos, el 79,7% de las mujeres se encontraban en medio libre y el 21,3% en medio privativo, mientras que el 61,1% de los hombres estaban en medio libre y el 38,9% en medio privativo.

La sustancia principal que motiva el ingreso a tratamiento en la mayoría de las personas corresponde a marihuana con un 52,2 % de los casos; seguida por los sedantes con un 12,1% y en tercer lugar la pasta base de cocaína con un 9,3%.

Si se considera a las personas que realizan tratamiento por primera vez, al revisar el promedio de edad con el que iniciaron el uso de la sustancia principal (12,7 años) y el promedio de edad con el que ingresan a tratamiento (16,8 años), se puede observar una latencia de alrededor de 4 años entre el inicio del consumo de la droga que les generó problemas y la primera consulta o ingreso a tratamiento.

Respecto a la comorbilidad, un 68% presenta diagnóstico de otro trastorno de salud mental, un 19,6% se encuentra con diagnóstico en estudio y sólo en el 12,6% se descartó la presencia de otro trastorno. Las mujeres evidencian mayor presencia de comorbilidad psiquiátrica (77%) en comparación a los hombres (67%).

Al revisar los egresos de tratamiento producidos durante el año 2022, se observa que un 50,6% de los egresos corresponde a Derivación a otro dispositivo de tratamiento. Solo un 15% concluye su proceso de tratamiento egresando con Alta Terapéutica, mientras que un 18,5% egresó por Alta Administrativa y un 15,9% por Abandono. Se observan diferencias significativas por sexos, con un mayor porcentaje de Alta Terapéutica entre las mujeres (31,9%) que entre los hombres (13,4%).

De acuerdo a la evaluación del equipo tratante, la mayoría de los egresos presentó un nivel de logro terapéutico mínimo (40,9%), seguido por el nivel de logro intermedio (38,8%) y sólo un 20,3% egresó con un nivel de logro alto. Nuevamente, se presentan diferencias significativas por sexos, mientras que las mujeres alcanzan un nivel de logro intermedio de 40,6% y mínimo de 31,1%, los hombres obtienen mayoritariamente un nivel de logro mínimo (42%), seguido por el logro intermedio (38,6%).

## 2. Fundamentos Teóricos

### 2.1. Salud Mental y Determinantes Sociales de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha relevado la importancia de la salud mental y ha impulsado su integración en el contexto general de la salud. En ese sentido, ha definido la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente por la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948), haciendo referencia, de ese modo, a una conceptualización de la salud holística e integral. Asimismo, ha definido la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz contribuir a su comunidad. (MINSAL, 2015)

En ese marco, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2017-2025), se propone “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 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”(MINSAL, 2017).

Esta comprensión de la salud mental integrada con la salud general y centrada en el bienestar se relaciona con una perspectiva de la salud mental positiva, donde el nivel de salud mental óptimo no está supeditado a la presencia o ausencia de trastornos. (MINSAL, 2015) Es así como, por ejemplo, un adolescente sin presencia de trastornos psiquiátricos puede presentar un bajo nivel de salud mental, asociado a la ausencia de relaciones sociales nutritivas o de competencias para lidiar con problemas cotidianos, mientras que otro joven que presenta un trastorno de salud mental, incluso severo, puede gozar de un alto nivel de salud mental, en la medida en que accede a un tratamiento adecuado a sus necesidades, logra una estabilización de su sintomatología, mejora sus condiciones de integración social y su nivel de autonomía y ejercicio de derechos.

En este contexto, la salud mental, puede entenderse más que como un estado, como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, para lo cual se requiere de un “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas”. Este conjunto de factores se han denominado *Determinantes Sociales de la Salud* y han sido definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. (OES, 2006).

El enfoque de determinantes sociales de la salud permite superar la concepción centrada exclusivamente en la responsabilidad personal de tener una “buena salud”, relevando la importancia central de las influencias sociales y económicas que enmarcan y determinan las condiciones de vida y las posibilidades que disponen las personas para gozar de una vida saludable.

Esto significa que las circunstancias sociales y económicas deficientes afectan la salud de las personas durante el curso de vida, lo que se traduce en situaciones de inequidad y desigualdades que deben ser reconocidas y abordadas por los programas de salud. Las personas que están en los estratos sociales más bajos, por lo general, tienen el doble de riesgo de sufrir trastornos y enfermedades graves y una mayor probabilidad de enfrentar barreras de acceso a una atención oportuna y de calidad en salud, en comparación con quienes se ubican en los estratos más altos. (OES, 2006).

Las personas afectadas por trastornos de salud mental, incluyendo a los y las adolescentes y jóvenes con trastorno por consumo de sustancias, suelen encontrarse en condiciones de exclusión social, viéndose afectadas por el estigma y el maltrato, la pérdida de redes y vínculos, la disminución de la autonomía en la toma de decisiones y la falta de acceso a servicios de salud. Estos determinantes sociales requieren ser considerados en la atención y cuidado de personas con trastornos de salud mental; dado que no hacerlo pueden tener un impacto negativo en la adherencia y continuidad del tratamiento, en la evolución del trastorno y en la calidad de vida de las personas (OMS, 2009).

En este contexto, adquiere especial relevancia el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, que surge en contraposición al tradicional modelo asilar, al incorpora en la atención de las personas con trastornos de salud mental un especial énfasis en el ejercicio de derechos y un enfoque integral de calidad. El Modelo se centra en la persona que presenta un problema de salud y su contexto, con el propósito de ayudarle a mantener o recuperar su capacidad de relacionarse con las demás personas, desarrollar un proyecto de vida y participar de la vida en comunidad (Ardila, 2011).

Esta perspectiva se articula con los determinantes sociales de la salud, en la medida que visualiza la salud mental como un fenómeno de las comunidades, que debe ser abordado en ese contexto comunitario, mediante servicios organizados e integrados en los distintos niveles de atención y ubicados en los territorios donde las personas viven. (Fierro, 2017) Se requiere, por lo tanto, de una amplia gama de servicios organizados en red y que permitan prevenir la hospitalización, con foco en la atención y cuidados ambulatorios, de acuerdo a las necesidades y recursos que presentan las distintas personas (MINSAL, 2015).

Esta red de servicios debe complementarse también con estrategias dirigidas a la promoción de la salud mental, generando condiciones de vida favorables para el desarrollo integral de las personas, junto con otras acciones de prevención que buscan fortalecer en una comunidad las condiciones protectoras y contrarrestar los efectos negativos de los determinantes sociales. u aplicación exige un intensivo trabajo intersectorial con diversas instituciones y organizaciones comunitarias, facilitando la participación activa de la comunidad orientada a la eliminación de la estigmatización y la discriminación hacia las personas con trastornos de salud mental (Desviant, 2012).

## 2.2. Desarrollo Evolutivo en la Adolescencia y la Adulthood Temprana

Desde el momento de la concepción hasta el instante de la muerte, las personas presentan diversos procesos de cambios y tienen a lo largo de su vida el potencial para crecer y desarrollarse. (SENDA, 2020).

El desarrollo humano y los resultados en salud dependen de elementos multidimensionales complejos que se configuran a partir de la interacción de diferentes factores, experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada persona y además por influencia del contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural. (MINSAL, 2012).

El enfoque de curso de vida considera los diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva, que influyen en la salud y la enfermedad de las personas (MINSAL, 2021) Desde ese marco, este enfoque permite comprender cómo los determinantes sociales interactúan e impactan en la salud a lo largo de la vida, identificando también periodos sensibles o particularmente importantes en el ciclo de vida, cuando la exposición a determinados eventos puede tener un efecto específico, ocasionando grandes cambios en las trayectorias vitales de las personas que los experimentan.

La adolescencia<sup>4</sup> es una etapa caracterizada por rápidas y múltiples transformaciones y por la adquisición de capacidades a nivel biológico, psicológico y social. Los cambios que experimentan las personas adolescentes pueden determinar un conjunto de fortalezas y potencialidades para la vida y su desarrollo o, por lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y los riesgos para la salud. (SENDA, 2020).

En el transcurso de la adolescencia las personas completan la mayor parte del crecimiento y desarrollo físico y alcanzan la capacidad de reproducción, a la vez que se forjan importantes procesos a nivel psicosocial, incluyendo el desarrollo moral vinculado a la adquisición del pensamiento abstracto, el desarrollo de autonomía personal respecto de las figuras parentales, así como también, significativos avances en el desarrollo psicosexual y en la búsqueda de una identidad propia.

En el ámbito neurobiológico, procesos claves como la “poda” sináptica y el aumento en la velocidad de transmisión sináptica determinan que durante la adolescencia el sistema nervioso central sea altamente receptivo a los estímulos ambientales, siendo este un periodo crítico para el desarrollo de dificultades de aprendizaje o del comportamiento (Craik y Bialystokb, 2006).

Además, en esta etapa se observa un desfase temporal en la maduración del cerebro. Las áreas que conforman el sistema de recompensa y que se vinculan con la intensidad de las emociones y la impulsividad se encuentran ya desarrolladas, lo que incide en que las personas adolescentes sean particularmente susceptibles a emitir conductas de riesgo en

---

<sup>4</sup> De acuerdo a definición de la OMS, se considera la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años.

busca de sensaciones nuevas y reforzantes. En cambio, la corteza prefrontal responsable de las funciones de autorregulación, planificación y razonamiento experimenta un proceso de maduración que puede extenderse hasta los 25 años. (Dumontheil, 2016). Esta brecha temporal hace que el cerebro en esta etapa alcance su mayor nivel de plasticidad y capacidad de adaptación, a la vez que sea particularmente vulnerable.

Como consecuencias de estos importantes cambios, el concepto que tienen las personas de su propia identidad y de su relación con el mundo cambia, generando tensiones y preocupaciones que muchas veces les llevan a manifestar conductas desadaptativas. En este sentido, se puede decir que la adolescencia es potencialmente crítica, a la vez que, se trata de un periodo de gran potencial y plasticidad, por lo que, el grado en que estos cambios afectan la vida personal y social de cada adolescente depende de las habilidades y experiencias ya adquiridas en la niñez y del contexto familiar y social en que la persona se encuentra durante su adolescencia. (SENDA, 2020).

Por otra parte, la adultez joven o adultez temprana se constituye como el período de mayor fuerza, energía y resistencia física, en el que se producen menos enfermedades y existe un menor índice de mortalidad<sup>5</sup> en comparación con otras etapas del desarrollo humano. Su característica principal es el proceso de “recentramiento” donde el poder, la responsabilidad y la toma de decisiones van pasando, gradualmente, desde la familia de origen a la persona adulta joven, quien comienza a asumir roles sociales y familiares, alcanzando un alto grado de independencia y autonomía (Tanner, 2006).

En la medida en que las personas adultas alcanzan el pensamiento dialéctico o posformal, ellas logran contemplar simultáneamente varios puntos de vista y aceptar las contradicciones, pudiendo integrar pensamientos, emociones y experiencias. Sin embargo, durante la adultez temprana, hasta los 25 años aproximadamente, aún continúa el proceso de desarrollo de la corteza prefrontal (Dumontheil, 2016), vinculada a la toma de decisiones y la regulación de las emociones e impulsos, lo que puede verse reflejado en las conductas de riesgo aun presentes en las personas jóvenes.

La investigación sobre desarrollo humano muestra que la transición hacia la vida adulta no depende tanto de la edad cronológica ni de variables biológicas, como si de aspectos sociales, relacionados con eventos críticos y retos que enfrentan las personas (Schaie et al, 2003). El inicio de la vida adulta suele asociarse a hitos como la finalización de los estudios, el acceso a un empleo, la independencia económica, la autonomía de la familia de origen y la vida en pareja, siendo todas estas tareas que implican un alto grado de independencia y responsabilidad y cuya resolución depende en gran medida del contexto cultural, económico y social en el que se desenvuelven las personas. Así, por ejemplo, en sociedades desarrolladas, se ha prolongado la dependencia de la familia de origen, debido a factores como la extensión del periodo de estudios, el retraso en la maternidad y cambios valóricos y esto ha determinado una prolongación de la etapa de adolescencia. Mientras

---

<sup>5</sup> Si bien no existe consenso respecto de las edades de inicio y término de la adultez joven, para efectos de las presentes orientaciones se considerará como el periodo que comienza con el término de la adolescencia, es decir aproximadamente a partir de los 20 años, y que termina cerca de los 40 años.

que, en contextos de mayor deprivación socioeconómica, es probable que el tránsito a la adultez se vea retrasado por las barreras que encuentran las personas jóvenes para acceder a un empleo estable y alcanzar la independencia económica respecto de su familia de origen. (Uriarte, 2005).

Ese límite entre adolescencia y adultez es también difuso para la propia identidad de la persona que experimenta este proceso de transición. Se observa que las personas mayores de 20 años pueden sentirse aún adolescentes, reconocerse como adultas o bien no identificarse con ninguna de esas etapas.

En ese contexto, Arnett (2005) introduce el concepto de adultez emergente como una etapa de transición entre la adolescencia y la edad adulta temprana, que se presentaría entre los 18 y los 25 años aproximadamente, considerando a aquellas personas jóvenes que dejaron la dependencia de la adolescencia, pero aún no han asumido las responsabilidades propias de la adultez. Se trata de un periodo marcado por la exploración de identidades, con una fuerte tendencia al egocentrismo y donde la persona experimenta sensación de inestabilidad y de sentirse “en el medio” del tránsito entre ser adolescente y adulta, a la vez que, se caracteriza como un periodo abierto a las posibilidades.

Considerando estos antecedentes, las políticas en materia de salud suelen incluir en un mismo grupo denominado Adolescentes y Jóvenes a todas las personas entre los 10 y los 24 años. Este criterio se fundamenta en lo planteado por la OMS, respecto a que las personas entre los 20 y 24 años pueden ser consideradas aun como adolescentes, no sólo por no haber alcanzado aún la autonomía social, sino que también debido a que sus demandas y necesidades de salud no suelen ser significativamente diferentes a las que presentan los y las adolescentes (MINSAL, 2015).

En ese sentido, debe contemplarse que el desarrollo de la adultez temprana va a depender del previo logro de las tareas evolutivas de la adolescencia y que estos procesos no ocurren de manera homogénea en todas las personas, estando determinados por la gama de oportunidades, factores de riesgo y de protección que caracterizan a los diferentes contextos en que ellas se desarrollan en el curso de la vida y que constituyen los determinantes sociales de la salud.

Desde un enfoque comprensivo evolutivo se debe considerar que las personas adolescentes y jóvenes con infracción de ley se encuentran, o estuvieron durante su infancia, expuestas a diversas situaciones de vulnerabilidad social que han interferido en mayor o menor grado, en su proceso de desarrollo. Es así como, en sus historias de vida suelen presentarse contextos familiares adversos, caracterizados por historias de carencia, maltrato, abandono y/o rupturas de lazos familiares, exposición a situaciones de abuso sexual o violencia intrafamiliar, experiencias de fracaso o deserción escolar, de institucionalización, vida en contexto de calle o en entornos donde prima la violencia, el microtráfico de drogas y otros tipos de delitos (CONACE, 2007).

Por lo tanto, en la comprensión de los procesos evolutivos de adolescentes y jóvenes con infracción de ley, es importante integrar los condicionantes sociales que han estado presentes desde su nacimiento e infancia, considerando sus efectos sobre el desarrollo, así como también, es necesario relevar las fortalezas, los recursos y las capacidades de resiliencia y reparación que cada persona ha podido desplegar en ese proceso.

Finalmente, se debe reconocer a las personas adolescentes y jóvenes con infracción de ley como un grupo heterogéneo, plural y diverso, de acuerdo a la interseccionalidad de factores como su edad, su identidad y expresión de género, el lugar de residencia, su orientación sexual, el nivel de escolaridad, la pertenencia a pueblos originarios, entre otras condiciones sociales que pueden incidir en el proceso de desarrollo evolutivo. Desde esta concepción, el abordaje integral en salud mental debe contemplar las necesidades diferenciadas que presentan las personas y los diversos subgrupos de adolescentes y jóvenes, brindando siempre una especial atención a las personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.

### **2.3. Consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia**

La adolescencia es la etapa evolutiva en la que más frecuentemente se produce el inicio del uso y abuso de drogas. Entre los factores del desarrollo que contribuyen al uso temprano de drogas se encuentran el sentimiento común de las personas adolescentes de ser invulnerables, la necesidad de autonomía y la gran influencia o presión del grupo de pares. El inicio del consumo puede estar motivado por la curiosidad y luego por el placer, mientras que las personas adolescentes que mantienen un consumo por más tiempo pueden presentar una tercera gran motivación, denominada "soporte artificial", es decir que, mediante el uso de un producto químico buscan alcanzar los estados y recursos necesarios para relajarse o sentirse bien y que no encuentran en sus vidas a través de medios naturales. (MINSAL, 2015).

Entre las consecuencias negativas del consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes se observan problemas de salud física, el impacto negativo en sus relaciones familiares y sociales, un aumento en el riesgo de suicidio y en el desarrollo de otros trastornos de salud mental y la disminución en la esperanza de vida. (UNODC, 2018) También se ha observado un retraso en el desarrollo de funciones cerebrales ejecutivas<sup>6</sup> y la aparición de respuestas emocionales exageradas e inmaduras a las situaciones (MINSAL, 2015). Además, el consumo de drogas en la adolescencia puede conducir a la aparición de un trastorno por dependencia con mayor rapidez que la vida adulta y provocar otros problemas de salud en la adultez. (American Academy of Pediatrics, s.f.).

Hallazgos en la investigación en neurociencias, muestran que el proceso de desarrollo neurobiológico en el transcurso de la adolescencia se acompaña de una mayor vulnerabilidad frente a diversos factores, entre otros, el consumo de alcohol y otras drogas. (MINSAL, 2015). El uso de sustancias en la adolescencia puede incidir negativamente en

---

<sup>6</sup> Considerando funciones tales como criterio, sentencia, planificación y realización de tareas y cumplimiento de metas

el desarrollo del sistema nervioso, a la vez que puede afectar el logro de una serie de tareas propias de esta etapa evolutiva, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona. Por lo tanto, debe tenerse en consideración que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva es un importante factor de riesgo para el desarrollo integral del adolescente (SENDA, 2020).

Si bien, la experimentación o uso recreacional de alcohol y otras drogas pueden ser conductas que aún no constituyen un problema y podrían considerarse comportamientos normativos del desarrollo, asociados a la exploración y búsqueda de sensaciones propias de esta etapa de la vida, es importante abordar siempre a la población adolescente desde un enfoque preventivo, comprendiendo que el desarrollo del consumo de sustancias es progresivo y está influenciado por diversos factores. Lo anterior, implica comprender que el consumo experimental o recreacional puede tener graves efectos en la salud de los y las adolescentes. Es importante tener en consideración que el consumo de alcohol y otras drogas implica riesgos para la salud que pueden generar diversas consecuencias mucho antes de que se desarrolle la adicción, por lo que es relevante anticiparse a dichas conductas y establecer los procedimientos necesarios de cuidado y protección con las personas adolescentes (MINSAL,2015).

Sumado a lo anterior, es necesario destacar que las personas adolescentes parecen ser particularmente susceptibles a las conductas de riesgo y, específicamente, y en sus prácticas asociadas al consumo de drogas es frecuente la exposición a grandes riesgos por su desconocimiento sobre la sustancia que consumen y los efectos específicos que ésta pueda provocar, la ingesta de grandes cantidades de droga de una misma ocasión o el consumo en contextos de violencia o alto riesgo de accidentabilidad, entre otras situaciones (MINSAL, 2015).

Considerando estos antecedentes, es necesario establecer que en la adolescencia no es pertinente referirse al uso de alcohol y otras drogas, como un consumo responsable. Todo tipo de consumo en adolescentes conlleva un importante riesgo asociado que, habitualmente, no es posible determinar previamente, sino que sólo se hace evidente a partir del análisis de sus consecuencias y efectos negativos sobre el proceso de desarrollo de la persona adolescente. Por lo tanto, siempre que se haga referencia al consumo de sustancias en esta población se sugiere hablar de consumo nocivo o de consumo en riesgo o, por último, de consumo que puede llevar rápidamente a un daño.

### **Diagnóstico del trastorno por uso de sustancias en adolescentes y jóvenes**

Para efectos de estas orientaciones técnicas se utilizará como sinónimos la denominación trastorno por uso de sustancias psicoactivas o bien consumo problemático de dichas sustancias, englobando en esta conceptualización las categorías diagnósticas tanto de consumo nocivo como de dependencia, establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM).



Este trastorno se define como una alteración de la salud mental clínicamente significativa desarrollada como resultado del uso de sustancias con propiedades psicoactivas y está caracterizado por la búsqueda compulsiva y uso de drogas a pesar de las consecuencias adversas que genera para la salud de la persona que las consume.

Si bien los trastornos por uso de sustancias psicoactivas descritos tanto por el CIE 11 como por el DSM VI 7 son observables también en la población de adolescentes, se debe tener en consideración que las categorías y criterios diagnósticos utilizados en ambos sistemas de clasificación se basan, fundamentalmente, en la evidencia acumulada en población adulta.

La investigación internacional ha indicado que la mayoría de las personas adolescentes muestran diferencias en el patrón de consumo de sustancias y en el desarrollo de los trastornos asociados, en comparación a lo observado en las personas adultas. En ese sentido, algunos autores incluso han cuestionado la aplicación de los criterios diagnósticos usuales en la evaluación de la población adolescente. (Bukstein, 2018).

Al respecto se han descrito las siguientes diferencias en la problemática de consumo observada con adolescentes: (Bukstein, 2018; Chung y Martin, 2011):

- Es menos frecuente que abusen sólo de alcohol, y es más probable que abusen de múltiples sustancias.
- El uso de drogas está fuertemente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente las figuras parentales) y sus pares.
- Es más común que presenten un patrón de “atracción de alcohol” (binge drink)<sup>8</sup>, realizado en un contexto social y no en forma individual.
- Es más probable que presenten problemas sociales en lugar de síntomas de abstinencia del alcohol, cocaína y opiáceos
- El criterio de tolerancia al alcohol posee una baja especificidad en la población adolescente, mientras que si puede observarse tolerancia al cannabis y a las benzodiazepinas.
- Pueden presentar otros problemas relacionados con un nivel elevado de alcohol en la sangre, como una pérdida de memoria esporádica. (blackouts).
- Es poco habitual que presenten manifestaciones físicas crónicas por uso de alcohol, debido a que el tiempo acumulativo de exposición a esta sustancia ha sido menor, en comparación a la data de consumo habitual en personas adultas.

---

7. Para mayor información sobre los diagnósticos contemplados en ambos sistemas de clasificación, revisar el anexo N° xx

8 Definido como la ingesta de 5 o más tragos en una ronda o en una única ocasión (NHI, 2014).

- Los problemas de salud física asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en personas adultas dependientes del alcohol;
- El abandono de las actividades habituales no siempre se observa en adolescentes que han desarrollado un trastorno por uso de drogas, quienes pueden mantener ciertas rutinas de actividades en paralelo al consumo.

Debido a estas diferencias clínicas en la presentación del trastorno en la adolescencia y el hecho que los problemas derivados del consumo no se presentan con la misma magnitud que en la población adulta, es probable que las personas adolescentes tiendan a identificar más ventajas que desventajas derivadas de su conducta de consumo, lo que también incidiría negativamente en su problematización del uso de drogas y en su motivación al cambio (Bukstein, 2018).

Además, es importante advertir que estas diferencias en la presentación del trastorno en población adolescente podrían llevar a una débil consideración de la gravedad del problema, tanto por parte de las mismas personas adolescentes, como por su familia y los equipos involucrados en su atención. En ese contexto, para realizar la confirmación diagnóstica del trastorno por uso de sustancias en la población adolescente, los investigadores recomiendan efectuar una cuidadosa evaluación de cada caso, considerando todos los riesgos y efectos asociados al comportamiento de consumo. (Caspi et al, 2005).

Se debe considerar que, si bien entre las personas adolescentes se puede presentar un trastorno por dependencia, esto es menos frecuente que en personas adultas, dado que en esta etapa del desarrollo no siempre se observa la presencia de indicadores de dependencia tales como: síndrome de abstinencia, tolerancia, pérdida de control en el uso de la sustancia y abandono de otras actividades o intereses. (Bukstein, 2018; Chung y Martin, 2011).

Debido a lo anterior, en la evaluación clínica con adolescentes es esperable que se presenten con mayor frecuencia el diagnóstico definido en CIE- 11 como patrón nocivo de consumo, es decir, un patrón de uso de sustancias que causa daños a la salud física o mental de la persona que consume o provoca comportamientos que puede dañar la salud de otras personas, pero sin la presencia de los criterios diagnósticos de un trastorno por dependencia. Este patrón debe ser observable durante un período de al menos 12 meses, si el consumo es episódico, o al menos 1 mes si es continuo (diario o casi diario).

Sumado a lo anterior, con esta población cobra especial relevancia el diagnóstico introducido por primera vez en el CIE -11 con la denominación episodio único de consumo nocivo, definido como un evento único de uso de sustancias que causa daños a la salud, relacionados con la intoxicación, con efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales o bien con daños asociados a la vía de administración de la sustancia. Esta categoría facilita el reconocimiento de eventos puntuales de uso de alcohol y otras drogas en adolescentes y que causan daños en su salud.

Al respecto, la observación clínica ha evidenciado que entre las personas adolescentes las intoxicaciones agudas están frecuentemente asociadas a las primeras experimentaciones, cuando la persona no ha aprendido aun a regular las dosis y carece de tolerancia a la sustancia. Se trata de un uso caracterizado por el exceso, es decir, por consumir cantidades que el organismo no puede metabolizar adecuadamente. Estos episodios de intoxicación están frecuentemente asociados a otros problemas tales como: accidentes de tránsito (especialmente vinculados al consumo excesivo de alcohol), actos de violencia y problemas legales, entre otras situaciones (Bukstein, 2018; Chung y Martin, 2011).

En ese contexto, el diagnóstico del episodio único de uso nocivo de sustancias psicoactivas brinda la oportunidad para realizar intervenciones oportunas, mediante el reconocimiento temprano de conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias en personas que pueden requerir de estrategias de prevención indicada, intervenciones breves u otras acciones dirigidas a disminuir los riesgos y efectos negativos del uso de drogas sobre su salud.

Por otra parte, en lo referente a las personas mayores de 20 años, como se ha señalado, el paso a la adultez temprana no está determinado exclusivamente por la edad cronológica, siendo probable que algunas personas presenten las características del uso de alcohol y otras drogas de la población adolescente.

En la medida en que los y las jóvenes van transitando hacia la adultez, es posible que comiencen a presentar trastornos por uso de sustancias con características más similares a las observadas en población general adulta. Es decir: mayor frecuencia de trastornos por dependencia, más frecuencia de consumo en solitario, presencia más frecuente de tolerancia a la sustancia y/o de síndrome de abstinencia, abandono parcial o total de otras actividades e intereses

Y en casos de mayor data de consumo, como jóvenes que iniciaron el uso de drogas antes de los 15 años, se puede observar mayor daño acumulativo y un trastorno por uso de sustancias de mayor severidad y con características semejantes a las observadas en una enfermedad crónica de la salud (White, 2008), es decir, un trastorno multifactorial, en cuya evolución se presentan ciclos de mejora y recaídas, requiriéndose, a menudo, de varios años para alcanzar una recuperación estable (Dennis et al., 2007; Costello et al., 2016)

#### **2.4. Enfoque de recuperación del consumo problemático de alcohol y otras drogas**

La investigación internacional ha mostrado que, para la mayoría de las personas con trastorno por uso de sustancias resulta complejo poder detener o controlar por sí mismas su consumo de drogas, requiriendo del acceso a una intervención especializada que les ayude a abordar su problemática de salud y otras complicaciones asociadas. Mediante un proceso de tratamiento estructurado, las personas pueden alcanzar logros terapéuticos, es decir, conseguir modificaciones concretas y favorables en los diversos aspectos de su vida involucrados con su consumo de drogas, para así poder avanzar hacia una recuperación del trastorno (SENDA, 2015).

En términos generales, el enfoque de recuperación es un constructo que facilita la comprensión del consumo problemático de drogas como un problema complejo y multifactorial, que involucra cambios en diversas áreas de la vida de la persona, y no sólo la abstinencia o modificación del patrón de uso de la sustancia. Los problemas asociados al uso de drogas deben ser abordados, conjuntamente, con el fortalecimiento de la salud física, emocional, espiritual, relacional y ocupacional (White y Kurtz; 2006).

En ese sentido, se ha definido la Recuperación del Trastorno por Uso de Sustancias, como un proceso de cambio mediante el cual la persona mejora su condición de salud, su funcionamiento social y su calidad de vida de manera global, considerando que esos logros se sostengan en el tiempo y permitan el ejercicio de la ciudadanía (SENDA, 2017)

Por lo tanto, la recuperación implica un continuo de mejoría de la salud que puede implicar recaídas como una parte natural del continuo y que supone el desarrollo de mecanismos que faciliten la mantención de los cambios alcanzados en el tratamiento, una vez concluido el proceso terapéutico y de manera estable a través del tiempo (SAMHSA, 2012).

Asegurar la sostenibilidad de los cambios implica que los sistemas de tratamiento deben ser integrales, flexibles y centrados en las necesidades individuales de cada persona usuaria, contemplando una amplia gama de servicios y apoyos complementarios (de educación, empleo, uso de tiempo libre, entre otros) coordinados para aportar a los itinerarios personalizados de recuperación.

A su vez, se requiere de un enfoque de la intervención orientado hacia el ejercicio de ciudadanía y que, por lo tanto, considere la integración social y la construcción (o reconstrucción) de una vida en la comunidad, a través de relaciones familiares, personales y sociales saludables. (SENDA, 2017).

El enfoque de recuperación considera el fortalecimiento de los capitales de recuperación, entendidos como aquellos recursos internos y externos, que presentan las personas o grupos, desarrollados o adquiridos a través de la vida y que pueden servir de base para iniciar y sostener la recuperación (Cloud y Granfield,2008). Los autores han definido cuatro componentes del capital de recuperación:

1. Capital Social: sumatoria de los recursos, actuales o virtuales, que se acumulan al poseer o participar de redes de relaciones duraderas, más o menos institucionalizadas y de reconocimiento mutuo.
2. Capital Físico: capital económico o financiero, incluyendo los ingresos económicos, vivienda, ahorros, propiedades, inversiones y otros recursos financieros tangibles que pueden ser convertidos en dinero.
3. Capital Humano: amplio rango de atributos humanos que proveen los medios para que la persona funcione en forma efectiva en la sociedad para alcanzar metas personales. Incluye los conocimientos, habilidades, certificaciones de estudios, condiciones de salud física y mental y otros recursos como estilo de afrontamiento,

habilidades sociales y de resolución de problemas, capacidad de autocontrol, entre otros.

4. **Capital Cultural:** recursos referidos a las normas culturales y las habilidades para actuar en beneficio de los propios intereses dentro de las normas sociales. Incluye los valores, creencias, disposiciones, percepciones y apreciaciones que emanan de la pertenencia en un grupo cultural particular.

Además de favorecer una perspectiva integral de la intervención, este paradigma reconoce el rol protagónico que tiene la persona respecto de su propio proceso terapéutico al relevar que la recuperación implica necesariamente: (SAMHSA, 2012):

- Un proceso voluntario, auto-dirigido, en el que la persona es una agente del proceso, con autoridad para ejercer sus opciones y tomar decisiones basadas en sus propias metas de recuperación.
- Un reconocimiento personal de la necesidad de un cambio y transformación, respecto de aspectos físicos, emocionales, intelectuales y espirituales de la vida de la persona.

En tal sentido, desde la perspectiva de la recuperación cobra especial relevancia el enfoque de derechos, que busca reconocer y garantizar el respeto de la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación de la persona, adolescente o joven, como titular de derechos.

Asumir este enfoque es entender que los y las adolescentes y jóvenes, en tanto seres sociales, activos y parte de un colectivo, tienen un rol gravitante en los procesos vinculados a su salud, reconociendo que, sin su participación activa, permanente y planificada, en la construcción, evaluación y actualización de su tratamiento, no se podrán obtener los resultados esperados y en logros que les permiten alcanzar una recuperación (SENDA, 2020).

### **Utilización del enfoque de recuperación en el tratamiento con adolescentes**

Los conceptos relacionados con la recuperación requieren ser adaptados de acuerdo con el ciclo vital. White (2006) afirma que los estudios entregan suficiente evidencia respecto que la tasa de recuperación es menor durante la adolescencia, aumenta a través de la adultez y declina en la adultez mayor.

Las personas adolescentes presentan variadas dificultades y desafíos para poder desarrollar suficiente capital de recuperación. Dennis et al. (2009), identificó que la mayoría de las personas adolescentes presentaba simultáneamente 3 o más factores de riesgo (uso de sustancias, problemas de salud mental, situaciones de victimización, violencia física e involucramiento en actividades ilegales). En ese contexto, en el tratamiento con la población adolescente se debe tener especial atención de otras dificultades y necesidades existentes, más allá de la situación de consumo, comprendiendo que esas otras problemáticas tienen una incidencia en la probabilidad de recaídas, incluso con mayor énfasis que con la población adulta.

White et al. (2009) indican que el uso del concepto de recuperación en la organización de los servicios para la población adolescente, deben incorporar también los conceptos de resiliencia y recuperación familiar.

La resiliencia es entendida como la “capacidad de resistir la destrucción, de proteger la propia integridad y de construir la propia vida, a pesar de las circunstancias adversas que se presentan a cada persona”. Para estos autores, la resiliencia no puede ser considerada como un atributo con que las personas nacen ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstas y su medio.

En este contexto, la intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de alterar el balance que oscila desde la vulnerabilidad hacia la resiliencia. Esto puede ocurrir, disminuyendo la exposición a situaciones de vida que generan estrés y atentan contra la salud, y también reforzando los factores protectores. Más que centrarse en los circuitos que mantienen la situación de vulnerabilidad, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones y recursos que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo.

La recuperación familiar, por otra parte, no sólo se refiere al tratamiento de los y las adolescentes, sino que también tiene relación con los capitales de recuperación de las figuras parentales (o personas adultas que desempeñen esa función) y el impacto de éstas en la familia. (White et al. 2009) En ese sentido cobran relevancia la consideración de los capitales social, físico, humano y cultural, no solo de la persona adolescente, sino también de todo el grupo familiar.

En relación a esto, la investigación sobre la participación de la familia en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias ha demostrado que su involucramiento puede mejorar aún más el compromiso del o la adolescente con el tratamiento, impactando positivamente en la retención y adherencia al proceso terapéutico y en la disminución del uso de sustancias y de otros problemas asociados. (Nathan et al., 2016)

### **Motivación al cambio como eje central del proceso de recuperación**

Las personas que presentan un consumo problemático de drogas, suelen ser renuentes a acudir voluntariamente a tratamiento y, en particular, la población adolescente puede presentar particulares dificultades para problematizar su consumo y solicitar ayuda (Bukstein, 2018).

En la medida en que el proceso de recuperación requiere de un reconocimiento personal de la necesidad de cambio, resulta fundamental la incorporación de modelos y enfoques conceptuales que permitan comprender e intervenir sobre los procesos motivacionales involucrados en el tratamiento.

Para comprender los comportamientos del consumo de sustancias y las dificultades que las personas experimentan al intentar abandonar conductas de riesgo para su salud, el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente, permite reconocer

diversos momentos de disposición o motivación para cambiar, desarrollando estrategias específicas que han demostrado tener mayor resultado y por ende facilitan la intervención, dependiendo del estadio motivacional en el que se encuentre la persona. (MINSAL, 2015)

Los autores definen la motivación como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Se trata de un estado de disponibilidad o deseo que puede verse influido por múltiples factores y presentar fluctuaciones por lo que es necesario entender el cambio como un proceso complejo y dinámico. (Prochaska et al, 2002).

El proceso de cambio no se desarrolla en forma lineal y progresiva, sino que las personas pueden presentar fluctuaciones, avances y retrocesos y pasar rápidamente de un estadio a otro de manera rápida o por el contrario detenerse “obstinadamente” en alguna etapa. Se debe considerar también que la ambivalencia (sí /no; lo tomo/ no lo tomo) es un elemento esperable en las personas que se proponen realizar un cambio de conducta, y que ellas pueden quedar atrapadas durante cierto tiempo, entre los argumentos a favor y en contra del cambio (MINSAL, 2015).

Por otra parte, la investigación indica que la motivación extrínseca, determinada por estímulos externos y refuerzos del medio, puede incidir en que personas inicialmente reticentes acepten el ingreso a tratamiento por consumo problemático de drogas. Sin embargo, el cambio confiable y constante en el tiempo está asociado a la motivación intrínseca; es decir, aquella que surge desde los intereses de la persona y que no depende sustancialmente de motivadores externos. (López et al., 2002).

Considerando que las personas adolescentes no suelen acudir a tratamiento por ellas mismas, las intervenciones y sanciones legales o la presión familiar pueden jugar un papel importante en propiciar su ingreso a tratamiento. Estudios internacionales han mostrado que el tratamiento por uso de sustancias puede funcionar en contexto obligado o mediante coacción de externos, siempre que se realice una efectiva intervención motivacional que permita extraer y reforzar la motivación intrínseca de la persona adolescente con el proceso terapéutico (NIDA, 2014).

La investigación también ha mostrado que las intervenciones de corte motivacional son efectivas para promover cambios en el ámbito del tratamiento, siendo un elemento de gran utilidad para mejorar la adherencia y participación de las personas usuarias, involucrándoles en el diseño de intervenciones y en la implementación de acciones relacionadas con el control de su consumo de drogas.

En ese contexto, la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2015) se define como un estilo de comunicación colaborativo y orientado a una meta, que presta una atención particular al lenguaje de cambio. Este enfoque está diseñado para fortalecer la motivación intrínseca y el compromiso hacia una meta específica, utilizando para esto, la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona en una atmósfera de aceptación y compasión. El

objetivo fundamental consiste en aumentar la motivación, de manera que el cambio surja de la misma persona.

La entrevista motivacional es particularmente concordante con las características de las personas adolescentes, en la medida en que se considera su necesidad de ejercer su independencia y tomar sus propias decisiones, a la vez que les invita a reflexionar y buscar sus propios argumentos para el cambio (MINSAL, 2015).

## **2.5. Conceptualización sobre la variable infracción de ley en adolescentes y jóvenes**

El comportamiento transgresor y antisocial adolescente es un fenómeno que cuenta con una amplia revisión desde diversos paradigmas, tales como el jurídico, clínico-psicopatológico, sociológico y con alcances en corrientes criminológicas integradoras, como es la criminología evolutiva que, en las últimas décadas, se renueva gracias a los resultados obtenidos de investigaciones que incorporan metodologías de investigación de predominio longitudinal y contextual (Fréchette et al, 1998).

En las sociedades modernas, la adolescencia se encuentra impactada por una serie de cambios sociales y culturales que interactúan con las propias experiencias del desarrollo y cuyas tensiones podrían dar paso a un periodo crítico donde se inician conductas antisociales. Se ha observado que las tasas más elevadas de transgresión social se manifiestan durante la adolescencia, en torno a los 15 años, y disminuyen paulatinamente a través de los años (Herrera et al, 2004; Ortega Ruiz et al, 2005).

Estudios retroactivos, revelan la necesidad de diferenciar aquellos actos aislados que se inician y terminan en la adolescencia, de aquellos comportamientos delictivos persistentes que se mantienen en la adultez. Las investigaciones demuestran que entre un 5% (Fréchette et al, 1998) y un 14% (Rutter et al., 2000) de las personas adolescentes persisten en comportamiento delictivo, siendo este grupo el responsable del 50% al 60% de los delitos graves cometidos (Alarcón et al, 2014).

Estas trayectorias persistentes presentan una mayor concentración de factores de riesgo, tales como escasa supervisión de las figuras parentales, grupo de pares involucrado en delitos, alto consumo de drogas, ausencia de un trabajo estable, entre otras. Este desarrollo ha dado origen a la renovación de las teorías criminológicas cada vez más integradoras y evolucionistas, impactando a su vez a las metodologías de evaluación de adolescentes que presentan comportamientos delictivos.

El modelo de intervención penal de Riesgo-Necesidad-Receptividad (RNR) se sostiene en tres principios que lo definen: principio de Riesgo, de Necesidad y de Responsividad (o capacidad de respuesta) (Andrews et al, 2010).

El principio de Riesgo indica que el nivel de las intervenciones entregadas debe ser proporcional al riesgo de reincidencia que presenta la persona.



El principio de Necesidad indica que el tratamiento penal debe estar centrado en las necesidades criminógenas de la persona. El modelo define como “riesgos dinámicos” o “necesidades criminógenas” a aquellos factores asociados con el comportamiento infractor que se pueden cambiar mediante estrategias adecuadas y cuya intervención se asocia con la disminución de la reincidencia delictual. Entre los factores de riesgo dinámicos se identifican como: Pauta de personalidad antisocial, Cogniciones antisociales, Pares antisociales, Familia y/o pareja, Escuela y/o trabajo, Tiempo libre y/o recreación, Abuso de Sustancias.

Por otra parte, el enfoque del desistimiento en delito investiga los factores biológicos, maduracionales, vinculares, sociales y psicológicos que explican al hecho que las personas con conductas infractoras, en algún momento de su vida comienzan un proceso de disminución/desaceleración de la conducta delictual.

Los estudios del proceso de desistimiento delictivo abordan diversos mecanismos y factores que estarían a la base de los procesos de desistimiento, entendiendo que los procesos no son automáticos o espontáneos pues están posibilitados o condicionados por diversos factores personales y de contexto.

Una teoría refiere a la reforma maduracional; es decir que “las conductas delictuales van disminuyendo a medida que pasan los años” (Maruna, 2009), y se esperaría que la participación en delitos se interrumpa, en la medida que las personas avanzan en sus procesos de desarrollo vital. Desde la teoría de los vínculos sociales, se señala que los adolescentes, en la medida que crecen, tienen acceso a otras fuentes de logros y satisfacción social (un trabajo, una pareja y, eventualmente, hijos); al ocurrir esto, gradualmente desisten de la conducta delictual. A su vez, los modelos motivacionales del desistimiento plantean cambios cruciales, asociados a la edad, respecto al concepto de sí mismos/as, sus motivaciones, aspiraciones y actitudes.

Se plantean estrategias que faciliten el desistimiento de la conducta infractora, orientando a la persona adolescente a desarrollar un sentido de pertenencia dentro de su comunidad, apuntalando los procesos madurativos y psicoafectivos propios de la edad y la adquisición de nuevos roles, en el establecimiento de lazos vinculares significativos.

En este modelo, el consumo problemático de alcohol o drogas constituye una necesidad criminógena, pero no forma parte de los principales factores de riesgo de reincidencia en delito.

### **3. Modelo de Atención**

#### **3.1. Marco general del continuo de cuidados en salud**

En el marco de este Programa, el tratamiento del consumo problemático de drogas está dirigido específicamente a la población de adolescentes y jóvenes que presenta un trastorno por uso de sustancias y que, por ende, cumple con los criterios clínicos establecidos para dicho diagnóstico. Sin embargo, el Programa debe situarse siempre como parte de un continuo de cuidados en salud, desde un enfoque amplio e integral, que permita responder de manera global a las diferentes necesidades que presentan las personas en distintos momentos de su ciclo vital y de su trayectoria de atención.

En ese contexto, resulta de suma importancia la permanente articulación con las estrategias y acciones desarrolladas a nivel local por el Sistema Intersectorial (SISI), con la finalidad de favorecer la oportuna coordinación integración y sinergia en el uso de recursos, orientados al abordaje integral y efectivo con las personas adolescentes que cumplen sanciones y medidas en el marco de la Ley N° 20.084.

Desde la perspectiva de salud general, es fundamental que los distintos equipos intervinientes promuevan y faciliten el acceso de las personas adolescentes y jóvenes a la atención de cuidados en salud, mediante su inscripción en CESFAM de su territorio y la coordinación de acciones para apoyar su acceso a atención, exámenes o procedimientos, según lo requieran.

Específicamente en el ámbito del uso de sustancias, se deben tener en considerando los riesgos que el consumo de drogas conlleva para la salud y el desarrollo de las personas adolescentes y que sumado a otros determinantes sociales puede aumentar los niveles de vulnerabilidad psicosocial y las condiciones de estigma y discriminación que afectan a la población de jóvenes con infracción de ley. puede la atención integral de adolescentes y jóvenes con infracción de ley debe contemplar un continuo de cuidados donde el tratamiento especializado por consumo problemático corresponde sólo a un ámbito de intervención, que debe desarrollarse de manera articulada con otros ámbitos de promoción y prevención y de trabajo intersectorial dirigido a facilitar los procesos de recuperación que desarrollen los equipos que ejecutan sanciones y medidas, la red de salud y otros equipos e instituciones involucradas en la atención de esta población.

En la siguiente imagen se grafican los distintos ámbitos del continuo de atención:

Figura: Continuo de Cuidados en el Consumo de Sustancias



Fuente: SENDA, 2020. Elaborada por el Área de Prevención de SENDA.

Con esta población adquieren especial relevancia todas las estrategias preventivas que apuntan a la oportuna detección y resolución temprana del uso de drogas por parte de las personas adolescentes y jóvenes, desde las fases iniciales de experimentación y consumo ocasional, hasta la identificación de consumo de riesgo.

En primer lugar, se debe contemplar la implementación de estrategias de prevención ambiental, dirigidas a modificar las condiciones inmediatas ambientales, culturales, sociales, físicas y económicas que facilitan el uso de drogas (MINSAL, 2015). En ese marco, se incluyen aquellas acciones tendientes a reducir y modificar las condiciones ambientales de riesgo y favorecer un entorno familiar y social adecuado al proceso socioeducativo y de integración social que lleva a cabo las personas adolescentes y jóvenes en el marco del cumplimiento de sus medidas y sanciones. Esto implica promover ambientes protegidos y normalizadores, en los que se privilegien relaciones respetuosas y se resguarden las condiciones de protección y cuidado necesarias para favorecer su desarrollo.

A su vez, deben considerarse procesos de promoción y prevención universal para evitar o retrasar el inicio del uso de sustancias, así como también, de estrategias de prevención selectiva e indicada y/o de intervención breve dirigidas a adolescentes y jóvenes que no han desarrollado un trastorno por uso de drogas, pero presentan un consumo de riesgo o que se realiza en contextos de alto riesgo para su salud.

### 3.2. Tratamiento por consumo problemático de drogas

En el marco de este continuo de cuidados, el tratamiento del trastorno por consumo de drogas se define como un proceso de intervención estructurado que incluye una serie de atenciones y prestaciones dirigidas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, cuyo objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas de manera global. Se trata de una atención especializada y multidisciplinaria que opera en el marco de una red de salud más amplia y en articulación con otros dispositivos y servicios.

Dado que el consumo problemático tiene múltiples dimensiones y genera repercusiones en diversos aspectos de la vida de las personas adolescentes y jóvenes, la intervención debe abordar el problema del uso de drogas, junto con otros problemas y necesidades de salud general y mental, del desarrollo psicológico, integración familiar o social.

En ese sentido, las metas del tratamiento incluyen: detener o reducir el uso de sustancias psicoactivas, mejorar la salud, el bienestar, y el funcionamiento social de las personas adolescentes y jóvenes, evitando daños futuros para su salud y disminuyendo los riesgos de complicaciones y recaídas.

El tipo de intervenciones y su frecuencia incluidas el tratamiento, se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, definidos en conjunto con cada adolescente o joven y materializado en un Plan de Tratamiento o de Cuidados Individualizado, en base a las características, necesidades y recursos presentados por cada persona usuaria.

En el diseño del Plan Individualizado se deben integrar los modelos y enfoques de intervención, basados en evidencia, que han mostrado resultados en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias con adolescentes y jóvenes (MINSAL, 2013), considerando lo siguiente:

- **La Entrevista Motivacional** resulta ser efectiva en el tratamiento por consumo problemático de variadas sustancias, con adolescentes y jóvenes en distintos contextos de intervención. La investigación señala que su efectividad es mayor en la medida en que no se utiliza como un único enfoque de intervención, sino que se combina con otras estrategias de intervenciones a nivel individual y familiar.
- **La Terapia Cognitivo Conductual** es eficaz para abordar el consumo de sustancias, mediante su utilización para ayudar a reducir el consumo y con ello a fortalecer la motivación y compromiso de las personas con el tratamiento. En esta línea se incluyen la terapia de prevención de recaídas, el uso de incentivos para reforzar la abstinencia, el desarrollo de habilidades de afrontamiento ante desencadenantes y deseos de consumo, intervenciones dirigidas al reemplazo de la conducta de consumo por actividades gratificantes y constructivas, el

fortalecimiento de habilidades para resolver problemas y para mejorar las relaciones interpersonales.

- **Las Familias y la Comunidad como aspectos claves del tratamiento.** La investigación ha mostrado que el apoyo de la familia es importante para la recuperación y aumenta la probabilidad de alcanzar logros terapéuticos durante el tratamiento. Varias intervenciones basadas en la evidencia para uso de sustancias en adolescentes buscan fortalecer las relaciones familiares mejorando la comunicación y la capacidad de la familia para apoyar la abstinencia (para profundizar en este tema revisar anexo *Enfoques familiares IBE recomendados para la intervención con adolescentes con trastornos por uso de sustancias*). Los estudios también muestran que otras personas miembros de la comunidad pueden incentivar el ingreso a tratamiento y apoyarles en el proceso de recuperación.

Por otra parte, los hallazgos de la investigación a nivel internacional han mostrado que en el tratamiento con población adolescente y joven se debe contemplar (NIDA; 2014):

- El tratamiento efectivo del trastorno por uso de sustancias en adolescentes debe abordar la comorbilidad de salud mental. Si no se realiza una oportuna detección y tratamiento de los trastornos concurrentes, estos incidirán negativamente en la adherencia de las personas al tratamiento.
- Se recomienda el monitoreo del uso de sustancias durante todo el transcurso del tratamiento, mediante el uso de screening como complemento al autoreporte. La oportuna identificación e intervención sobre el episodio de recaída permite disminuir la probabilidad un retorno al consumo de manera continua y otros riesgos asociados.
- La efectividad del tratamiento está asociada a la permanencia durante un período de tiempo adecuado y si bien, la duración del tratamiento depende de las necesidades de cada adolescente, los estudios muestran que los resultados aumentan a partir de los 3 meses de permanencia.
- Para la mantención de resultados a mediano y largo plazo, es fundamental la continuidad de la atención posterior al tratamiento, incluyendo el monitoreo del uso de drogas y de la mantención de los logros terapéuticos alcanzados, las visitas de seguimiento en el hogar y el apoyo en la vinculación de la familia con otros servicios necesarios.

### 3.3. Principios orientadores del programa de Tratamiento

<b>Enfoque de derechos</b>	El Programa busca garantizar el derecho a la salud de las personas adolescentes y jóvenes, en materia de consumo problemático de drogas y salud mental. En ese marco debe guiar su accionar por las normas y principios establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos y promover las condiciones necesarias para el ejercicio de los Derechos, de las personas usuarias, fomentando su
----------------------------	---

	participación y efectivo ejercicio de derechos, considerando sus de acuerdo a su edad, madurez y/o etapa evolutiva.
<b>Oportunidad de la atención</b>	El consumo de sustancias de las personas adolescentes debe ser detectado y abordado lo antes posible. Las sustancias psicoactivas pueden tener efectos duraderos en el cerebro y en el desarrollo integral de la persona adolescente, por lo que es muy importante identificar e intervenir tempranamente en la situación de consumo.
<b>Integralidad de la atención</b>	El tratamiento debe abordar las necesidades de cada adolescente de manera integral, en lugar de centrarse únicamente en su consumo de sustancias psicoactivas. Desde una mirada más amplia que busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan el consumo de drogas.
<b>Atención personalizada y flexible</b>	El tratamiento debe adaptarse a las necesidades únicas de cada adolescente o joven, considerando el nivel de desarrollo psicológico, género, relaciones con la familia y grupo de pares, factores culturales y étnicos y cualquier condición física o conductual especial. El proceso de recuperación requiere de una alianza con la persona usuaria y su familia o red de apoyo, reconociendo a la persona como la principal protagonista del proceso.
<b>Enfoque de Género</b>	La incorporación de este enfoque busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas de acuerdo a su género. Se trata de considerar en el tratamiento las necesidades particulares y los recursos que presentan mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual y de género, incluyendo en la metodología de trabajo, estrategias diferenciadas de acuerdo a sus características.
<b>Consideración de la Dimensión evolutiva</b>	La intervención debe contemplar y ajustarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra la persona y las condiciones y características específicas que eso conlleva respecto de sus necesidades, motivaciones, recursos e intereses.
<b>Vinculación con el medio</b>	Se trata de evitar activamente la posible desvinculación de la persona adolescente de su entorno familiar y comunitario relevando las posibilidades y recursos que su medio le ofrece y una resignificación del contexto que le rodea. En caso de ser necesaria una desvinculación, procurar que sea por el menor tiempo posible y generando las estrategias para facilitar su pronta re vinculación. Esto

	<p>implica el énfasis en la intervención en la comunidad y de manera ambulatoria.</p>
<p><b>Promoción del desarrollo y resiliencia</b></p>	<p>El tratamiento debe apuntar a enfatizar las capacidades, recursos y potencialidades de la persona, más que centrarse exclusivamente en perturbaciones, carencias y déficits. Las experiencias de logro tener un lugar central en la metodología de intervención y se debe evitar cualquier riesgo de patologizar la situación y de generar nuevos estigmas y desvalorizaciones.</p>
<p><b>Participación de la familia</b></p>	<p>La familia cumple un rol fundamental en socialización y desarrollo de las personas adolescentes, por lo tanto, resulta imprescindible incluirla en el proceso terapéutico, no solo como acompañante, sino como actor fundamental de intervención. Cuando no sea posible incluirla, debido a la vulnerabilidad social y situaciones crónicas de riesgo y/o maltrato severo, la intervención deberá orientarse a rescatar y/o vincular a nuevas figuras adultas significativas que apoyen el proceso de recuperación.</p> <p>La familia debe ser vista como parte de la solución y no como un problema. Se debe orientar el tratamiento a ayudar a las familias a reconocer y potenciar sus recursos y fortalezas.</p>
<p><b>Responsabilización frente al delito</b></p>	<p>El tratamiento debe apoyar el trabajo realizado por los programas y centros que ejecutan sanciones y medidas, orientado a la responsabilización de los y las adolescentes y jóvenes.</p>
<p><b>Enfoque de Reparación</b></p>	<p>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. El programa incluye un enfoque comprensivo para abordar el trauma en el marco del tratamiento de la problemática adictiva. La atención orientada por el trauma se preocupa por los efectos que puede tener la prestación de servicios de salud en los supervivientes de traumas al exacerbar sus vulnerabilidades o factores desencadenantes. Cuando se implementa esta práctica, se busca reconocer lo que es el trauma y adaptar los servicios para evitar la retraumatización y crear un espacio de atención seguro para las personas usuarias.</p>
<p><b>Multidisciplinariedad</b></p>	<p>Considerando la complejidad de la problemática, se deben aunar distintas miradas e intervenciones para solucionarla; se debe asegurar la participación de varias disciplinas y, además, tener un enfoque interdisciplinario en la composición y funcionamiento de los equipos de atención, que basarán su trabajo en la cooperación de sus</p>

	miembros, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades de las personas.
<b>Trabajo en red</b>	Los equipos de tratamiento deben trabajar coordinadamente con los programas y centros que ejecutan sanciones o medidas, en pos de desarrollar en conjunto o en forma complementaria estrategias de rearticulación y fortalecimiento de los vínculos de las personas usuarias con redes sociales e instituciones que brinden servicios de educación, empleo, vivienda, participación social, recreación y uso del tiempo libre entre otras necesarias para la integración social de las personas.
<b>Continuidad de cuidados</b>	El tratamiento se da en el marco de una red mayor de intervenciones, según sus diversas necesidades de atención de las personas. Los equipos y los distintos servicios involucrados deben asegurar que la atención se desarrolle de manera ininterrumpida y coordinada para que las personas usuarias vivencien el proceso de recuperación y las intervenciones asociadas como parte de un único itinerario o proceso, aunque en el coexistan diferentes equipos. Esto implica estrategias de derivación asistida, de análisis de caso, de intervenciones complementarias y otras realizadas en conjunto entre distintos equipos, con un fuerte trabajo en red para el desarrollo de acuerdos y criterios comunes.
<b>Enfoque de Pertinencia cultural</b>	El tratamiento debe considerar las necesidades específicas de la población, reconociendo la existencia de múltiples culturas relacionadas con la religión, la identidad de género y la orientación sexual, factores socioeconómicos, la situación de discapacidad, la pertenencia a pueblos originarios o a población migrante, entre otras variables. Se releva la responsabilidad que le corresponde a los equipos tratantes en el reconocimiento y valoración positiva de las diferencias culturales y en el adecuado abordaje de ellas.
<b>Enfoque territorial inclusivo</b>	El tratamiento debe considerar el territorio entendido como el medio físico o medioambiental sumado al conjunto de actores y agentes que lo habitan, con su organización social y política, su cultura y sus instituciones inciden en las oportunidades de recuperación de sus habitantes. Se deben contemplar las dinámicas/desigualdades territoriales que afectan a la población en tratamiento, así como también, la necesidad de crear y fortalecer las redes, instituciones y el capital social para sustentar los procesos de recuperación.



### 3.4. Modalidades de Tratamiento

El Programa de Tratamiento comprende diferentes modalidades de atención que buscan responder a variados niveles de cuidados requeridos por las personas usuarias tanto en el medio libre, como en el contexto privativo de libertad, incluyendo:

- Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad (PAI MP),
- Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre (PAI ML),
- Tratamiento Residencial en Medio Libre (PAI ML),
- Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo (UHCIP MP) y
- Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre (UHCIP ML)

Cada modalidad consiste en un programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones, asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos; incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y la entrega de medicamentos, si corresponde.

Modalidad	Características	Dirigido a
PAI MP	Programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se realiza de manera ambulatoria, al interior de centros privativos de libertad (CIP / CRC) con la finalidad de proveer de una intervención clínica en salud mental complementaria e integrada a la intervención que realiza el equipo del centro privativo de libertad	Adolescentes o jóvenes que cumplen medidas y sanciones en centros privativos (CIP CRC), que presentan consumo problemático de drogas, compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que, de existir, debe estar compensada.
	Programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se realiza de manera ambulatoria, al interior de las Secciones Juveniles de Gendarmería con la finalidad de proveer de una intervención clínica en salud mental complementaria e integrada a la intervención que realiza el equipo de la Sección Juvenil.	Adolescentes o jóvenes que cumplen sanciones en Secciones Juveniles, que presentan consumo problemático de drogas, compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que, de existir, debe estar compensada.

PAI ML	<p>Programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se realiza de manera ambulatoria. Dirigido a personas usuarias que continúan insertas en su hogar o lugar de cumplimiento de sanción (en los casos de semicerrado), accediendo a prestaciones durante el día, varias veces a la semana.</p>	<p>Adolescentes o jóvenes que cumplen medidas y sanciones en medio libre, semicerrado (o en Libertad Asistida con Internación Parcial), que presentan consumo problemático de drogas, compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que -de existir- debe estar compensada, y que cuentan con algún apoyo familiar o de otras personas adultas significativas que pueda brindar soporte y/o contención durante el tratamiento.</p>
	<p>El Programa considera también la atención de jóvenes que cumplen condena en Sección Juvenil de Gendarmería, mediante una combinación de atenciones realizadas en terreno (con el traslado del equipo PAI ML al interior de la Sección Juvenil) y otras prestaciones efectuadas de manera remotas con el /la joven y/o su familia.</p>	<p>Adolescentes y jóvenes que cumplen condena en una Sección Juvenil de Gendarmería y continúan insertos/as en la unidad penal recibiendo intervención por parte del equipo psicosocial de Gendarmería, quienes presentan consumo problemático de drogas, compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que -de existir- debe estar compensada.</p>
PR ML	<p>Programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se realiza de manera residencial. Brinda cuidados terapéuticos planificados, las 24 horas del día y hasta 7 días de la semana, en un ambiente de aprendizaje activo y vida grupal altamente supervisada y estructurada donde se proporcionan intervenciones individualizadas.</p>	<p>Adolescentes o jóvenes que cumplen medidas y sanciones en medio libre, semicerrado (o en libertad asistida con internación parcial), que presentan consumo problemático de drogas compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que de existir, está compensada, quienes, en un momento de su trayectoria de tratamiento, presentan la necesidad de cuidado residencial, debido a la severidad en la evolución del trastorno y a condiciones de contexto, familiar o comunitario, que impidan alcanzar logros terapéuticos en el contexto ambulatorio.</p>
UHCIP MP	<p>Programa terapéutico de hospitalización, donde se otorga atención clínica de alta especialidad psiquiátrica y de enfermería las 24 horas, al interior de centros privativos de libertad (CIP / CRC).</p>	<p>Adolescentes o jóvenes que cumplen medidas y sanciones en centro privativos (CIP CRC) que presenten: intoxicación aguda por consumo de alcohol y/u otras drogas descartado el riesgo vital; o Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa, o trastorno de salud</p>

		mental descompensado o riesgo vital (hetero y autoagresión).
UHCIP ML	Programa terapéutico de hospitalización, donde se otorga atención clínica de alta especialidad psiquiátrica y de enfermería las 24 horas	Adolescentes o jóvenes que cumplen medidas y sanciones en medio libre, semicerrado o en Libertad Asistida con Internación Parcial, que presenten: intoxicación aguda por consumo de alcohol y/u otras drogas descartado el riesgo vital; o Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa, o trastorno de salud mental descompensado o riesgo vital (hetero y autoagresión).

- Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad (PAI MP):

La frecuencia estimada de asistencia de 3 a 4 días a la semana, con una concentración de 2 a 4 prestaciones por día, variable, de acuerdo a las estrategias de intervención desarrolladas en forma complementaria e integrada a la oferta programática del centro privativo y a las intervenciones realizadas por el equipo SENAME o SRSJ. Todo lo anterior, realizado de acuerdo a las necesidades de cada adolescente o joven.

La duración aproximada del tratamiento es de 12 a 18 meses, con una extensión flexible de acuerdo con las necesidades y recursos de cada persona usuaria y al contexto en que se desarrolla la ejecución de su sanción o medida.

La especificidad de esta intervención y el contexto en que se implementa hacen necesario realizar reuniones periódicas entre el/la profesional a cargo de la coordinación/dirección técnica del programa de tratamiento y referentes del CIP CRC. Lo ámbitos de coordinación incluyen: aspectos de funcionamiento general, operativos y de seguridad del centro privativo, coordinación de rutinas y oferta programática, definición de protocolos, planificación de procedimientos de coordinación y trabajo complementario con la Unidad de Salud, instancias de coordinación con educadores/as de trato directo, escuela u otros actores clave, que permitan resguardar la continuidad de la intervención y el trabajo coordinado y complementario entre los diferentes equipos.

Considerar en la ejecución del plan de tratamiento las normativas y procedimientos específicos que regulan el funcionamiento interno de los centros privativos de libertad.

Se deben establecer las coordinaciones necesarias con la Unidad de Salud del CIP -CRC respectivo, en el marco de la administración de los medicamentos prescritos y en relación con las otras necesidades de salud mental o salud general que pueda presentar cada adolescente o joven, facilitando los flujos de comunicación entre ambos equipos.

En el diseño y en la ejecución del Plan de Tratamiento o Cuidados Individualizado se debe considerar la rutina del CIP / CRC, en base a la participación que tendrá la persona usuaria en distintos momentos de su trayectoria de atención, de acuerdo a sus necesidades e intereses y los requerimientos clínicos evaluados por el equipo tratante.

En consideración a la etapa del desarrollo en que se encuentra cada joven o adolescente, el Plan de Tratamiento o Cuidados Individualizado debe contemplar, siempre que sea posible y pertinente, intervenciones con las familias y/o adulto/as responsables y/o personas significativas, cuya ejecución puede realizarse en el centro privativo de libertad o en su territorio de pertenencia.

Para asegurar la consecución de logros terapéuticos y en virtud del plan de tratamiento individualizado, la intervención terapéutica debe considerar intervenciones en terreno y en el contexto de cada persona usuaria. Aun cuando el/la adolescente o joven se encuentre en un contexto privativo de libertad, siempre que sea posible, deben realizarse visitas domiciliarias u otras prestaciones en su territorio de pertenencia.

Se deben establecer las coordinaciones y acuerdos necesarios que favorezcan la derivación e ingreso a Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP). Estas coordinaciones deben considerar tanto la comunicación con la Unidad de Salud como con la Dirección del CIP CRC y la referencia asistida a la UHCIP a la que se requiere efectuar la derivación. Así mismo, se deben realizar las coordinaciones y gestiones que permitan asegurar la continuidad de cuidados una vez que la persona ha egresado de la unidad de hospitalización.

### **Especificaciones de la intervención en CIP**

En el caso de las personas en internación provisoria, se debe considerar que ellas se encuentran en proceso de investigación judicial y es probable que egresen del CIP antes de que haya finalizado el proceso de tratamiento. Esto puede deberse a un egreso al medio libre (para el cumplimiento de medidas o sanciones en ese contexto) o bien por un cambio en la medida o sanción que implique la derivación a otro centro privativo de libertad o a una Sección Juvenil.

Los equipos tratantes que ejecuten tratamiento en internación provisoria deberán tener presente que los episodios de tratamiento que se inician o desarrollan en ese contexto tienen una duración variable y su extensión está condicionada por factores jurídicos, más allá de los egresos basados en criterios clínicos.

Dependiendo de la resolución de la situación judicial, las personas podrían permanecer en un mismo centro privativo (en aquellos casos que cuenten con CIP Y CRC y se determine una sanción en régimen cerrado), manteniéndose vinculadas a un mismo programa y equipo tratante durante todo su proceso terapéutico, mientras que, en otros casos, las personas deberán egresar del centro privativo, siendo derivadas a otro programa para dar continuidad al tratamiento, ya sea en medio libre o privativo.

Debido a lo anterior, en el encuadre que se establece, desde el primer contacto con la persona usuaria se le debe explicar el contexto en que se desarrollará la intervención y la transitoriedad que podría tener su vinculación con el programa, considerando un posible egreso desde el centro privativo. De ese modo, se promueve un vínculo respetuoso con el o la adolescente, evitando la generación de expectativas que no sean factibles de cumplir y la frustración y desesperanza que esa situación podría generar en la persona usuaria.

En ese mismo sentido, desde el inicio de la intervención se deberá enfatizar la coordinación con la red de atención del territorio de pertenencia de la persona, considerando a la familia y otras personas significativas de la comunidad, entre otros recursos disponibles.

El énfasis de la intervención con cada adolescente o joven, además de la realización de la evaluación integral, debe centrarse en fomentar la problematización del consumo y la motivación para adherir a un tratamiento, que podría ejecutarse en el medio libre o bien tener continuidad en medio privativo.

- Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre (PAI ML)

Se considera que las personas usuarias accedan a la atención durante el día, varias veces a la semana, continuando insertas en su hogar o lugar de cumplimiento de sanción (en los casos de semicerrado), por la noche y durante el resto de la semana.

La duración aproximada de este plan es de 12 a 18 meses, siendo flexible, en virtud de las necesidades y recursos que presente cada persona usuaria. Se estima una frecuencia de asistencia de 2 a 5 días a la semana y una concentración de 3 a 5 prestaciones por día en complementariedad y de manera integrada a las ofrecidas por el equipo de SENAME o de Gendarmería y de acuerdo a las necesidades de cada persona usuaria. Por lo tanto, es fundamental la estrecha coordinación entre los distintos equipos.

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 una periodicidad de manera estable y que permita abordar aspectos técnicos y de funcionamiento.

El Plan de Tratamiento Individualizado debe considerar las necesidades, limitaciones y recursos de cada adolescente o joven, contemplando las intervenciones programadas por parte del equipo que ejecuta la sanción o medida, así como también de otros programas de salud mental, de la red de protección a Infancia y Adolescencia u otros, con la finalidad de favorecer la coordinación e integración de las intervenciones y actividades. En ese sentido, se debe realizar todas las gestiones necesarias para evitar la descoordinación o la duplicación entre las acciones de los distintos equipos intervinientes.

En el diseño y en la ejecución del Plan de Tratamiento Individualizado se debe considerar la rutina del centro semicerrado, del sistema escolar o de capacitación u otras, de modo tal de gestionar equilibradamente los tiempos del/a adolescente o joven, resguardando las instancias de ocio y tiempo libre.

En consideración a la etapa del desarrollo, el plan individual de tratamiento debe contemplar intervenciones con las familias y/o adultos responsables y/o personas significativas.

Para asegurar la consecución de logros terapéuticos, la intervención terapéutica debe considerar intervenciones en terreno y en el contexto del joven, (redes primarias e institucionales). Dependiendo de las características y necesidades de cada adolescente o joven, en los casos que resulte pertinente, podrá aumentarse la proporción de actividades realizadas en terreno.

El equipo tratante deberá establecer las coordinaciones y acuerdos necesarios que favorezca la derivación e ingreso a Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) y a centros de tratamiento en modalidad residencial, cuando se requiera. Lo anterior, debe realizarse en directa coordinación con el equipo SENAME y con la familia o adulto/a significativo/a. Así mismo, se deben efectuar las coordinaciones y gestiones que permitan asegurar la continuidad de cuidados una vez que la persona ha egresado de la unidad de hospitalización o de la modalidad residencial.

Existiendo situaciones que impliquen el ingreso a un CIP- CRC y no habiendo concluido el proceso terapéutico, se deben realizar las coordinaciones y gestiones pertinentes con el dispositivo que corresponda para la derivación, con el fin de resguardar la continuidad de cuidados.

En resguardo de la continuidad de cuidados, una vez finalizada la sanción o medida, y de no haber concluido el proceso terapéutico, de deberá continuar con el proceso de acuerdo al Plan de Tratamiento Individualizado, salvo que la persona decida no continuar con el proceso.

### **Especificaciones de la intervención en Secciones juveniles**

La duración aproximada del tratamiento es de 12 a 18 meses, con una extensión flexible de acuerdo con las necesidades y recursos de cada persona usuaria y al contexto de la unidad penal en que se desarrolla la sanción.

Se estima una frecuencia de asistencia de 2 a 3 días a la semana y una concentración de 1 a 3 prestaciones por día, pudiendo combinar atenciones presenciales y remotas, en complementariedad y de manera integrada a las ofrecidas por el equipo de Gendarmería y variables, de acuerdo a las necesidades de cada persona usuaria.

La especificidad de la intervención con esta población y el contexto en que se implementa determinan que resulte fundamental la estrecha coordinación entre los distintos equipos intervinientes, considerando la planificación y ejecución de reuniones con una periodicidad estable y que permita abordar aspectos técnicos y de funcionamiento.

Lo ámbitos de coordinación entre equipos de tratamiento y equipos psicosociales de la sección juvenil incluyen: aspectos de funcionamiento general, operativos y de seguridad de la unidad penal, coordinación de rutinas y oferta programática, definición de protocolos,

planificación de procedimientos de coordinación y trabajo complementario con la Unidad de Salud o Enfermería de la unidad penal, instancias de coordinación con duplas psicosociales, escuela u otros actores clave, que permitan resguardar la continuidad de la intervención y el trabajo coordinado y complementario entre los diferentes equipos.

Finalmente, en la ejecución del plan de tratamiento los equipos tratantes deben siempre tener en consideración las normativas y procedimientos específicos que regulan el funcionamiento interno de las unidades penales.

- Tratamiento Residencial en Medio Libre (PR ML)

Esta modalidad está dirigida a adolescentes y jóvenes que presentan la necesidad de cuidado residencial, debido a la severidad en la evolución del trastorno y/o a obstaculizadores del contexto, familiar o comunitario. En ese sentido, se considera la atención, por ejemplo, de adolescentes con significativas dificultades para mantener periodos de abstinencia y/o para estructurar su rutina, jóvenes cuya familia u otros significativos no pueden brindar contención o apoyo al tratamiento, con permanente consumo y/o tráfico de sustancias en su entorno cercano, entre otras variables.

El plan proveerá una intervención clínica complementaria e integrada a la intervención que realiza el equipo socioeducativo de SENAME encargado de medida o sanción. Por lo tanto, es fundamental la estrecha coordinación entre los distintos equipos.

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 una periodicidad estable que permita abordar aspectos técnicos y de funcionamiento.

La permanencia en el centro de tratamiento es variable según la etapa del tratamiento en que se encuentre la persona y sus necesidades y recursos, pudiendo permanecer los 7 días de la semana o bien con una combinación de días de permanencia en el centro y otros días con salidas programadas a su hogar o centro semicerrado.

Se contempla una jornada terapéutica diaria de 5 a 8 horas aproximadas, con una combinación de prestaciones individuales y grupales, en virtud del plan de tratamiento individualizado definido con cada persona usuaria.

La duración de éste plan es variable, dependiendo de los objetivos terapéuticos a trabajar y las necesidades de cada adolescente o joven. En algunos casos, la permanencia en modalidad residencial podrá extenderse por 3 o 4 meses y una vez alcanzados los logros terapéuticos referidos a la abstinencia y estabilización clínica, la disminución de los factores de riesgo en el entorno, u otros objetivos terapéuticos específicos que la persona requiera abordar en un contexto residencial, se podrá realizar una derivación para continuar su proceso terapéutico en modalidad ambulatoria. En otros casos, en virtud de las necesidades, recursos y limitaciones identificadas en la evaluación con la persona usuaria,

el tratamiento en modalidad residencial podrá extenderse por 12 meses o más, hasta alcanzar una estabilización que permita su continuidad en forma ambulatoria.

El plan de tratamiento individualizado debe considerar las actividades programadas como parte del cumplimiento de la sanción o medida principal, favoreciendo el contacto de la persona usuaria con el delegado o equipo SENAME a cargo de la sanción o medida y/o con la dupla del programa Tribunales de Tratamiento de Drogas, según corresponda.

Los equipos interventores deberán analizar caso a caso y delimitar claramente los objetivos de intervención, las estrategias y acciones que les corresponderán a cada uno, en lo referente al trabajo de integración social (escuela, capacitación, uso del tiempo libre, participación social, etc.), así como también, podrán definir acciones a realizar en conjunto, en los casos en los que resulten pertinentes.

En consideración a la etapa del desarrollo, el plan individual de tratamiento siempre debe contemplar intervenciones con las familias y/o adultos responsables y/o personas significativas.

Para asegurar la consecución de logros terapéuticos y considerando particularmente la situación de cada adolescente o joven, la intervención terapéutica debe considerar prestaciones en terreno y en el contexto de la persona usuaria (redes primarias e institucionales), que faciliten una posterior intervención en una modalidad ambulatoria.

Existiendo situaciones que impliquen el ingreso del/a adolescente o joven a un centro privativo de libertad, se deben realizar las coordinaciones y gestiones pertinentes con el dispositivo que corresponda para la derivación, con el fin de resguardar la continuidad de cuidados.

En resguardo de la continuidad de cuidados, una vez finalizada la sanción o medida, y de no haber concluido el proceso terapéutico, se deberá dar continuidad al proceso de acuerdo al Plan de Tratamiento Individualizado, salvo que la persona decida no continuar con el tratamiento.

- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre (UHCIP ML)

Es un programa terapéutico de hospitalización, donde se otorga atención clínica de alta especialidad psiquiátrica y de enfermería las 24 horas, acceso y administración de fármacos, atención de la crisis.

Está dirigido a adolescentes y jóvenes con medida cautelar en medio libre, suspensión condicional de procedimiento con o sin condición de Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD), o sanción en el medio libre o en centro semicerrado, con o sin sanción accesoria de drogas que presentan:

o Intoxicación aguda por consumo de alcohol y/u otras drogas descartado el riesgo vital;



- o Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa;
- o Comorbilidad psiquiátrica grave descompensada;
- o Trastorno mental descompensado;
- o Riesgo vital (hetero y autoagresión).

Este plan tiene un carácter intermedio y 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 atención de salud mental en la red asistencial.

Las acciones médicas, psiquiátricas y psicosociales que se desarrollan están orientadas a la contención del episodio agudo y estabilización del cuadro clínico; realizar un diagnóstico acucioso y multi axial, desde un enfoque biopsicosocial que permita la pronta identificación de los factores médicos, sociales y/o familiares que están condicionando la situación de crisis; manejar clínicamente el síndrome de privación por consumo de alcohol y/o drogas; y definir la modalidad de tratamiento a ser derivado.

Se espera que el tiempo de hospitalización no sea mayor a 60 días. Con el fin de resguardar la continuidad de los cuidados, es fundamental la estrecha coordinación entre la Unidad y el equipo derivador, así como con el equipo al que será referido el/la adolescente o joven a su egreso.

- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo (UHCIP MP)

Es un programa terapéutico de hospitalización, donde se otorga atención clínica de alta especialidad psiquiátrica y de enfermería las 24 horas, acceso y administración de fármacos, y atención de la crisis, estando inserto en un Centro de Internación Provisoria y/o Centro de Régimen Cerrado (CIP CRC) de administración directa de SENAME.

Está dirigido a adolescentes y jóvenes que se encuentren cumpliendo una internación provisoria o una sanción en medio privativo de libertad que presentan:

- o Intoxicación aguda por consumo de alcohol y/u otras drogas descartado el riesgo vital;
- o Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa;
- o Comorbilidad psiquiátrica grave descompensada;
- o Trastorno mental descompensado;
- o Riesgo vital (hetero y autoagresión).

Este plan tiene un carácter intermedio y 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, las personas usuarias deben continuar su atención de salud mental en un programa ambulatorio intensivo en medio privativo de libertad o en el dispositivo que corresponda.

Las acciones médicas, psiquiátricas y psicosociales que se desarrollan están orientadas a la contención del episodio agudo y estabilización del cuadro clínico; realizar un diagnóstico acucioso y multi axial, desde un enfoque biopsicosocial que permita la pronta identificación de los factores médicos, sociales y/o familiares que están condicionando la situación de crisis; manejar clínicamente el síndrome de privación por consumo de alcohol y/o drogas; y definir la modalidad de tratamiento a ser derivado.

Se espera que el tiempo de hospitalización no sea mayor a 60 días.

Con el fin de resguardar la continuidad de los cuidados, es fundamental la estrecha coordinación entre la unidad de hospitalización y la Unidad de Salud del CIP CRC, así como con el equipo al que será referido el/la adolescente o joven a su egreso del periodo de hospitalización, facilitando los flujos de comunicación entre los distintos equipos. En este ámbito, cobran especial relevancia aspectos tales como la administración de los medicamentos prescritos y las otras necesidades de salud mental o salud general que pueda presentar cada adolescente o joven.

La especificidad de esta intervención y el contexto en que se implementa hacen necesario realizar reuniones periódicas entre las coordinaciones/direcciones de los programas intervinientes, las que deben ser planificadas, estableciendo para tales efectos una periodicidad estable. Lo ámbitos de coordinación a abordar, incluyen: aspectos de funcionamiento general, operativos y de seguridad, las normativas y procedimientos específicos que regulan el funcionamiento interno de los CIP CRC, procedimientos de traslados desde y hacia la UHCIP, definición de protocolos y de procedimientos de coordinación específicos con la Unidad de Salud, educadores de trato directo, equipo PAI en medio privativo u otros actores clave, que permitan resguardar la continuidad de la intervención y el trabajo coordinado.

Las UHCIP tienen un carácter intermedio, siendo resolutivas en cuanto a la estabilización de la sintomatología asociada a la descompensación que generó el ingreso, por lo tanto, están orientadas a la contención del episodio agudo y estabilización del cuadro clínico, incluyendo el manejo del síndrome de abstinencia y realizando un diagnóstico multiaxial acucioso, desde un enfoque biopsicosocial. Sin embargo, las unidades no brindan el tratamiento completo para la recuperación del trastorno de base, por lo que, al egreso de la unidad, las personas deben continuar su atención en un programa de tratamiento.

Con respecto a las diferentes Modalidades de Atención, debe tenerse en consideración:

- Se recomendará como primera opción el programa menos intensivo o menos restrictivo que más probablemente ayude a la recuperación del o la adolescente o joven. Esto tiene especial relevancia si se. Es fundamental evitar, siempre que sea posible, la desvinculación de la persona de su contexto familiar y comunitario.
- El programa residencial no debe ofrecerse como un servicio de vivienda/alojamiento. El hecho de que una persona esté en situación de calle no es una razón suficiente para ingresarla a un programa residencial. La pertinencia del ingreso a esta modalidad de tratamiento debe definirse en base a criterios como la severidad del trastorno por consumo de drogas, los antecedentes de tratamientos previos, los factores de riesgo para el consumo presentes en el contexto familiar y barrial y la disposición del/a adolescente para incorporarse a un programa altamente estructurado como lo es un centro de tratamiento residencial.
- La referencia a un servicio de hospitalización debe efectuarse exclusivamente cuando la persona presenta problemas psiquiátricos y/o médicos que así lo ameriten, como una descompensación de un trastorno de salud mental, o una desestabilización derivada de una intoxicación o de un síndrome de abstinencia severo que requiera de tratamiento especializado con cuidados clínicos las 24 horas del día. Lo anterior debe ser evaluado y definido por un profesional médico.

### **Continuidad de cuidados**

Las personas adolescentes y jóvenes pueden requerir de una derivación a diferentes modalidades de tratamiento, en distintos momentos de la trayectoria de su atención, ya sea por razones clínicas y/o por cambios producidos en su situación judicial.

Así, por ejemplo, es probable que un adolescente que no ha respondido favorablemente a un nivel de menor intensidad requiera transitar a un mayor nivel de cuidados con el fin de mejorar los resultados de su proceso terapéutico. Del mismo modo, una persona que se encuentra en tratamiento en modalidad residencial, una vez que, se han cumplido los objetivos terapéuticos que motivaron su ingreso al programa residencial podría requerir de una continuidad de cuidados en un dispositivo ambulatorio. Algunas personas requerirán ingresar a una unidad de hospitalización para luego continuar en alguna otra modalidad de tratamiento.

Sumado a lo anterior, en el marco de este Programa de Tratamiento, es frecuente que se produzcan cambios en las sanciones y medidas que se encuentran cumpliendo los y las adolescentes y jóvenes, lo que puede implicar su tránsito entre el contexto privativo de libertad y el medio libre. Este también es un factor que determina frecuentes derivaciones entre centros o programas de tratamiento.

En ese contexto, resulta fundamental la frecuente comunicación y trabajo coordinado entre los distintos programas y equipos de tratamiento por consumo problemático con la finalidad de favorecer la continuidad de cuidados, mediante el traspaso de información pertinente y oportuna y un proceso de derivación asistida que refuerce al acompañamiento de la

persona usuaria para lograr su enganche con el programa que recibe la derivación. Con estas acciones se espera evitar la interrupción del tratamiento, favoreciendo que la persona y su familia vivencien el proceso de tratamiento como un continuo, es decir, como un único proceso terapéutico que incluye distintos episodios de atención, con participación de diferentes equipos tratantes, de acuerdo al contexto y a las necesidades de atención que va presentando la persona en el transcurso del proceso terapéutico.

Para asegurar la continuidad de cuidados de las personas en tratamiento, los equipos tratantes deben desplegar un intensivo y constante trabajo de red, participando en encuentros y estableciendo acuerdos y protocolos de colaboración con la red de centros de la jurisdicción del Servicio de Salud, de la red de alcohol y drogas, de salud mental, de infancia y adolescencia y de infracción de ley entre otras redes existentes en su territorio.

Es importante considerar que las personas adolescentes y jóvenes presentan diversas necesidades de salud física y mental y requieren acceder a otros servicios de salud, durante y con posterioridad al tratamiento por consumo problemático de drogas. Los equipos tratantes deben mantener estrecha coordinación con la red de Salud General, según el funcionamiento del sistema de referencia, derivación y contra referencia correspondiente a su territorio, promoviendo activamente la inscripción de las personas usuarias en APS y su asistencia a controles, y realizando una oportuna derivación en los casos que así lo requieran, con el objetivo de resguardar el acceso a la red de salud mental y general.

Por otra parte, también deben contemplarse los recursos y necesidades que presentan adolescentes y jóvenes para facilitar su integración social y ejercicio de ciudadanía, sus necesidades de protección o de reparación, entre otros ámbitos que requieren de su vinculación con otros programas y equipos especializados en esas materias. Los equipos de tratamiento en estrecha coordinación con los programas que ejecutan sanciones y medidas deberán favorecer el acceso a oportunidades de apoyo a la integración social y otras prestaciones psicosociales, de acuerdo a las necesidades de atención de cada persona usuaria.

## Capítulo II. Lineamientos Técnicos para la atención Integral

### 1. Procesos de Detección y derivación

El proceso de detección consiste en la identificación de aquellos/as adolescentes y jóvenes que podrían presentar un consumo de sustancias, para pesquisar el nivel de riesgo, intervenir de acuerdo a las necesidades que presente cada persona y realizar una derivación a un centro especializado, en los casos que así lo requieran.

Desde el ámbito preventivo, se debe considerar que en esta etapa del desarrollo humano cualquier consumo es motivo de preocupación, y no se debe subestimar la importancia de lo que pueden parecer casos aislados de consumo. Los hallazgos de la investigación internacional y la observación clínica coinciden en la importancia de que el consumo de drogas por parte de las personas adolescentes debe ser detectado y abordado lo antes posible para poder intervenir tempranamente.

#### 2.1. Aplicación Instrumento de Tamizaje e intervención motivacional

Los procesos de detección con adolescentes y jóvenes en el marco de este programa es una labor que desarrollan, principalmente, los equipos que ejecutan sanciones y medidas, mediante la aplicación de un instrumento de tamizaje y la intervención motivacional /breve que corresponda. Complementariamente, pueden realizar acciones de detección equipos psicosociales del programa Tribunales de Tratamiento de Drogas.

La aplicación de instrumentos de tamizajes es la puerta de entrada a las intervenciones motivacionales y las acciones de derivación cuando corresponda. En este caso se realiza mediante la aplicación de los instrumentos (CRAFFT y ASSIST, dependiendo de la edad de la persona) que entrega como resultado tres niveles de riesgo de consumo: "bajo riesgo", "riesgo intermedio" y "riesgo alto".

En base a los resultados obtenidos con la aplicación de instrumento, se realizan tres intervenciones de acuerdo al nivel de riesgo encontrado.

#### **Derivación asistida**

En los casos que presente un consumo de riesgo alto corresponde la derivación al Programa de Tratamiento para que ese equipo especializado realice una confirmación diagnóstica<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Excepcionalmente, se debe considerar adolescentes o jóvenes que puedan presentar riesgo bajo o intermedio, y que requieran ser derivados a evaluación diagnóstica, lo que se decidirá en el marco de los antecedentes aportados por éste/ésta y la apreciación profesional.

En primer lugar, es fundamental que el equipo de sanciones y medidas le explique a cada adolescente o joven y su familiar, el objetivo de la derivación clarificando las dudas y acogiendo las inquietudes y temores que pudiesen presentar. En ese marco, se puede evaluar la necesidad de realizar algunas sesiones adicionales de intervención motivacional, previo a derivar a la persona al centro especializado, con el fin de mantener o promover su deseo de cambio. También es importante involucrar a la familia en este proceso motivándoles a participar de la entrevista de confirmación diagnóstica.

El equipo de sanciones o medidas debe gestionar con el equipo de tratamiento la solicitud de hora para confirmación diagnóstica, realizando acciones necesarias con la persona y sus familiares para promover la asistencia a la entrevista.

En el caso de adolescentes en medio libre, el/la delegado/a puede acompañar a la persona a la entrevista como una forma de apoyar el proceso.

## **2. Hitos de la Trayectoria de la Atención**

Si bien el proceso de tratamiento es personalizado y su evolución y duración depende de las características de cada adolescente o joven, en términos generales, pueden distinguirse algunos eventos o hitos claves que están presentes en el tratamiento de las diferentes personas, estos son:

### **2.1. Recepción**

Si bien la recepción se efectúa antes del inicio de un tratamiento, es un hito importante de relevar considerando que el contacto inicial con la persona, familia y red derivadora es central para el enganche inicial y posterior adherencia al tratamiento. En este Programa es muy frecuente que sea otro equipo quien consulte, ya sea un equipo que ejecuta sanciones o medidas u otro programa de tratamiento, por lo que es muy importante realizar una recepción acogedora y adecuada tanto para las personas de la red, como para él o la adolescente o joven y su familia.

Se debe tener en consideración que la forma en que se efectúe la recepción puede contribuir a disminuir las barreras de acceso y favorecer el ingreso oportuno y efectivo a tratamiento. En ese sentido, es importante disponer de personal con las competencias requeridas para cumplir esta labor y desarrollar protocolos que regulen los procedimientos y permitan otorgar una buena recepción de la demanda de atención teniendo siempre presente que hacer accesible el servicio es central para una atención efectiva.

Algunas sugerencias para incorporar en los procedimientos de recepción se encuentran contenidas en el documento “Prácticas técnico-administrativas que fomentan el acceso y retención en el tratamiento” publicado por SENDA el año 2017.

### **2.2. Evaluación Inicial y confirmación diagnóstica**

El segundo hito clave de la trayectoria de la atención también se produce previo al ingreso al tratamiento y corresponde a la Evaluación Inicial y Confirmación Diagnóstica, cuyos objetivos son determinar la presencia de consumo problemático de alcohol y otras drogas, indagar en la motivación de la persona para iniciar un proceso terapéutico e identificar el nivel de severidad y/o urgencia del problema y el servicio requerido.

Esta evaluación debe efectuarse en 1 o 2 sesiones, por lo que es fundamental que quienes realicen la evaluación cuenten con habilidades comunicacionales, conocimientos y competencias requeridas para una evaluación rigurosa y efectiva.

En base al resultado de esta evaluación, se podrá descartar la necesidad de tratamiento, ofrecer a la persona ingresar al programa o bien sugerir su ingreso a otra modalidad o dispositivo de atención.

En este procedimiento es posible que, habiendo confirmado la pertinencia del ingreso a tratamiento, se detecte que una persona no cuenta con voluntariedad para participar del programa. En este caso, se debe considerar que, si bien la voluntariedad es fundamental para el ingreso, su ausencia no implica que la persona no presente una necesidad de salud, más aún contemplando el riesgo asociado al consumo de drogas en esta etapa evolutiva, por lo que, será central el trabajo mancomunado con el equipo que efectuó la derivación para definir en conjunto las estrategias motivacionales a implementar con la finalidad de propiciar la disposición de la persona a ingresar a tratamiento.

Cuando las personas han sido referidas por otro equipo, es posible que cuente con un tamizaje y/o una evaluación y confirmación diagnóstica previa cuyos resultados deben ser integrados al proceso de evaluación que se realizará, favoreciendo así la percepción de la persona de una continuidad en el proceso y evitando su sensación de estar “partiendo de cero”.

Para mayor profundización en este tema se recomienda revisar el documento: Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas, publicado por SENDA el año 2021 y que fue elaborado en conjunto con MINSAL.

### **2.3. Ingreso a Tratamiento**

El hito de ingreso a tratamiento está marcado por el consentimiento informado. Este consiste en un proceso de entrega por parte del equipo de información suficiente y comprensible para que la persona adolescente o joven y su familiar, puedan tomar una decisión responsable sobre ingresar o no a tratamiento.

El Consentimiento Informado se fundamenta en la garantía de los derechos de las personas y en el reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones sobre su salud. Es, por lo tanto, un proceso de encuentro y diálogo entre el equipo tratante y la persona, que se desarrolla desde el inicio de la atención hasta el egreso, en una construcción cotidiana y permanente del proceso terapéutico. Por esto, más allá de la gran relevancia que tiene el

consentimiento al ingreso, se debe tener presente que la persona puede revocar su decisión durante todo el desarrollo del tratamiento, cuando ella lo estime necesario.

Se debe resaltar que el Consentimiento Informado no refiere exclusivamente a la firma de un formulario, ya que esa visión distorsiona el sentido del proceso y lo reduce a un mero procedimiento burocrático. La firma del formulario representa el soporte documental, verificador, que demuestra que el proceso se llevó a cabo, sin embargo, el énfasis debe estar en el proceso comunicativo con cada adolescente o joven y que se lleva a cabo previo a la firma.

En Chile la normativa establece que en personas menores de 18 años el consentimiento informado deben firmarlo los padres o tutores legales. Esto se relaciona con el hecho de que durante la niñez y la adolescencia la capacidad personal para tomar decisiones informadas se encuentra en proceso de desarrollo, lo que va asociado también a un proceso de autonomía progresiva. Se debe considerar, sin embargo, que ese proceso es complejo y no está determinado, exclusivamente, por la edad y que, desde el punto de vista de adherencia al tratamiento, resulta fundamental el enganche inicial con la persona adolescente.

En ese sentido, se recomienda que el consentimiento lo firmen tanto él o la adolescente como su familiar responsable, o bien que la firma del consentimiento la realicen sólo los padres (o tutores legales) pero que la persona adolescente pueda firmar un documento de asentimiento donde manifiestan su disposición a participar. En cualquiera de estas opciones, lo relevante es que sea la persona adolescente protagonista del proceso y para eso es muy importante que el equipo se asegure de proporcionar información comprensible y accesible, tanto de manera verbal como escrita y de acuerdo con la edad, etapa de desarrollo y la capacidad cognitiva de cada adolescente.

A partir del ingreso a tratamiento, las primeras intervenciones están dirigidas a favorecer el proceso de adaptación de la persona usuaria al contexto de tratamiento, promoviendo su motivación al cambio y su vinculación con el equipo tratante, al mismo tiempo que se realiza una estabilización inicial de la condición de salud que la persona presenta.

## **2. 4. Evaluación Integral**

Este hito de la trayectoria de la atención consiste en una evaluación diagnóstica multidisciplinaria e integral que tiene como objetivo identificar las necesidades y los recursos de cada persona usuaria, para poder orientar la formulación de un plan de tratamiento o de cuidados personalizado, es decir que responda a los requerimientos específicos de cada joven o adolescente.

Las áreas de la Evaluación Integral son: Uso de sustancias, Salud Mental y Física, Situación Familiar, Integración Social, Tránsito a la Norma y Motivación al Cambio.



Para la realización de la evaluación integral, es fundamental recopilar información de otras instituciones que se encuentren trabajando con él o la adolescente o joven, así como también, de programas donde recibió tratamiento anteriormente.

Si la persona ha sido derivada desde otro programa de tratamiento, donde permaneció por 2 o más meses, es probable que ya cuente con una evaluación integral realizada por el anterior equipo, por lo que, en esos casos, puede ser pertinente más realizar una actualización de la información disponible, no siendo necesario someter a la persona a una evaluación exhaustiva nuevamente.

## **2.5. Elaboración del Plan de Tratamiento (o de Cuidados) Individualizado**

Un hito central del proceso terapéutico es la elaboración del plan de tratamiento o de cuidados individualizado, una especie de hoja de ruta que guía el proceso de intervención, diseñada por el equipo tratante, en base a los resultados de la evaluación integral y en un proceso de co-construcción con cada adolescente o joven.

El plan incluye las metas, objetivos, estrategias y acciones definidas en acuerdo con la persona usuaria y que están dirigidas a facilitar el logro de objetivos terapéuticos de recuperación.

En su elaboración también es importante incluir la participación de la familia o persona adulta significativa, del equipo que ejecuta sanciones y medidas y de otros equipos que realicen intervención con la persona usuaria.

En la elaboración del Plan se debe contemplar la perspectiva de género, ciclo vital y pertinencia cultural, así como también, experiencias o intervenciones que hayan sido exitosas, anteriormente, en el programa y/o en la trayectoria de atención de la misma persona usuaria, junto con la revisión de prácticas basadas en la evidencia.

En el caso de los programas que funcionan al interior de centros públicos, el Plan puede enmarcarse en un plan de cuidados integral (PCI) más amplio que complementa otras áreas y necesidades de cuidados de las personas en tratamiento.

Para revisar otras recomendaciones y aspectos metodológicos de la formulación de PTI se recomienda revisar los documentos: SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA EL DISEÑO DE PLANES DE TRATAMIENTO INDIVIDUALES y ENFOQUE SMART PARA EL DISEÑO DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, ambos documentos elaborados por SENDA, el año 2016.

## **2.6. Implementación del Plan de Tratamiento (o de Cuidados) Individualizado**

El proceso de Implementación del Plan corresponde al tratamiento propiamente tal e implica la ejecución de las estrategias e intervenciones definidas en el plan elaborado en acuerdo con cada adolescente o joven. Esto implica la ejecución de las prestaciones individuales,

grupales y familiares, la administración de fármacos, las actividades de coordinación en red, entre otras acciones requeridas y definidas en el Plan.

A su vez, el proceso de implementación del Plan implica el monitoreo y la evaluación periódica de su ejecución y de los avances y logros parciales alcanzados, así como también, la identificación de aquellos aspectos que no han podido ejecutarse según lo planificado o que no han obtenido los resultados esperados para definir en acuerdo con la persona usuaria los ajustes y modificaciones que son pertinentes de incorporar en el Plan.

La evaluación de la implementación del Plan debe realizarse con una periodicidad al menos cada tres meses, pudiendo monitorear aspectos específicos del plan de manera quincenal, mensual o bimestral, según se requiera. En esta evaluación, además de la participación de cada adolescente o joven, se debe contemplar la opinión de la familia y del equipo encargado de la ejecución de sanciones y medidas, de modo tal de contar con una perspectiva más amplia de los avances en la ejecución.

## **2.7. Egreso del Tratamiento**

Una vez cumplidos, total o mayoritariamente, los objetivos terapéuticos propuestos en el Plan, el equipo debe centrar su trabajo en la preparación para el egreso, teniendo cada vez un mayor énfasis en la consolidación de los logros y el incremento de la autonomía e integración social de la persona.

Previo al egreso también se debe definir si existe la necesidad de la continuidad de los cuidados en alguna otra modalidad de tratamiento o en un dispositivo de salud mental o general, dependiendo de las características y necesidades de cada persona y se realizan gestiones de derivación asistida y de intervención motivacional con la persona y su familia para promover su adherencia al programa al que será derivada.

El hito de Egreso es el punto culmine del tratamiento y debe ir siempre asociado a una evaluación de logros por áreas, considerando instrumentos como el TOP-A y la evaluación cualitativa realizada por el equipo tratante, la persona, su familia y equipo que ejecuta sanciones y medidas. El énfasis debe estar en el reconocimiento y amplificación de los logros, con la finalidad de contribuir a la percepción de autoeficacia de la misma persona y de sus familiares.

## **2.8. Seguimiento post egreso**

El último hito de la trayectoria de la atención corresponde al Seguimiento post egreso, cuyo objetivo central es monitorear y promover la mantención de los cambios terapéuticos alcanzados durante el desarrollo del tratamiento, ofreciendo estrategias de apoyo y realizando, en caso de ser necesario, intervenciones que permitan reforzar las habilidades y recursos desarrollados por la persona durante el proceso terapéutico. El seguimiento es fundamental para brindar contención y avanzar en una desvinculación progresiva con cada persona afianzando aún más su autonomía.

Con esta finalidad, se define un plan de seguimiento, en conjunto con la persona y su familiar o persona adulta significativa, acordando la frecuencia y tipo de contactos que se sostendrán.

Es probable que el cumplimiento de la sanción se extienda por un mayor tiempo que la duración del tratamiento y, en esos casos, el seguimiento puede contemplar la comunicación y coordinación con los equipos a cargo de la ejecución de la sanción.

### **3. Aspectos transversales de la intervención terapéutica**

#### FAMILIA

La incorporación de la familia en el tratamiento de los y las adolescentes y jóvenes es una variable fundamental.

Es probable que no siempre se tenga un acceso expedito a las familias e incluso puede que no estén presentes en el proceso de tratamiento; sin embargo, esta ausencia no impide poder pensar el proceso de tratamiento desde una perspectiva familiar y generar intervenciones que permitan involucrar a familiares y otras personas adultas significativas en el desarrollo del tratamiento o bien traer de manera simbólica a integrantes de la familia, en el marco del proceso terapéutico con una persona adolescente o joven.

Lo fundamental será siempre pensar a esa persona considerando que posee una historia y un desarrollo evolutivo con la presencia o ausencia de otras personas adultas que cumplieron funciones parentales y que han incidido en su desarrollo, en sus recursos personales y también en las problemáticas que se presentan, por lo que se hace necesario tenerlos presentes en el acompañamiento brindado.

En este contexto, para cada profesional o equipo tratante, será un desafío permanente el poder preguntarse cómo, con qué competencias o desde qué mirada se incorporará a la familia en el proceso de Tratamiento.

Entenderemos por **intervención familiar** aquella acción que se realiza con las personas que conviven con cada joven o adolescente, pudiendo incluir por lo tanto a madres, padres, tíos/as, abuelos/as, hermanos/as mayores, etc. En ocasiones se incorporan personas que, aunque no convivan en la unidad familiar básica, tienen de hecho una influencia importante sobre él o la adolescente.

La familia y el entorno más próximo son de vital importancia pues es donde **tiene lugar el inicio de su integración a la sociedad** y su autonomía personal. Es el **primer contexto socializador** donde la persona adolescente empieza a adquirir identidad propia y donde ha podido aprender las pautas básicas de socialización.

La intervención con familias por lo tanto es imprescindible, tanto si se trata de una familia con alto o con bajo riesgo. Es necesario **contrarrestar los factores de riesgo existentes**, así como la puesta en práctica de acciones encaminadas a dotar a las personas

progenitoras o quienes cumplen esa función de información y de estrategias psicoeducativas efectivas.

Es fundamental reconocer y relevar las competencias, fortalezas y aspectos positivos de cada familia, para a partir de ese reconocimiento poder establecer una alianza de trabajo colaborativa. Es muy frecuente que las familias presenten múltiples problemáticas o que se encuentren multiasistidas por diversos servicios y programas, por lo que, es necesario que los equipos se coordinen y articulen con otros equipos y que promuevan un enfoque de intervención centrado en los recursos y no en los déficits de las familias.

## RELACION DROGA DELITO

El tratamiento de consumo problemático en adolescentes y jóvenes ingresadas/os al sistema penal por la ley 20.084 plantea importantes desafíos a nivel de la articulación y coordinación intersectorial entre los programas de tratamiento de adicciones y los equipos que ejecutan medidas y sanciones, considerando dentro de ellos, tanto a instituciones colaboradoras y centros de administración directa del Servicio Nacional de Menores, como del nuevo Servicio de Reinserción Social Juvenil, y también de las Secciones Juveniles de Gendarmería de Chile.

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 el tribunal y cuya ejecución está a cargo de equipos de SENAME, SRSJ o GENCHI.

Lo anterior, exige un esfuerzo integrador de las intervenciones entre los distintos equipos involucrados en la atención de cada adolescente o joven, desde una perspectiva multifactorial. Esto determina, por un lado, que los equipos de tratamiento no deben abstraerse del marco general de intervención penal, considerándola en el encuadre terapéutico con las personas usuarias y por otra parte, implica la necesidad de coordinación y comunicación permanente con los equipos que ejecutan las sanciones y medidas judiciales, quienes tienen a su cargo la intervención sobre los factores vinculados al delito.

La principal finalidad del trabajo coordinado y complementario entre estos equipos es favorecer la integralidad y la efectividad en la intervención, entregando una respuesta oportuna, integral y de calidad a las necesidades de adolescentes y jóvenes.

En ese sentido, es necesario reconocer que ni la intervención que desarrollan los equipos que ejecutan sanciones y medidas, ni el tratamiento por consumo de drogas, pueden resolver por sí solos y de manera aislada las diversas problemáticas y necesidades de cambio que presentan las personas adolescentes y jóvenes.

Es fundamental incorporar una perspectiva integral de la intervención, que considere la complementariedad entre los distintos sectores, generando estrategias que permitan abordar estas problemáticas de forma específica, de acuerdo a la especialización de cada

equipo, pero también desde un abordaje mancomunado entre los distintos equipos, evitando la fragmentación y la descoordinación.

Sumado a lo anterior, la necesidad de articulación entre los equipos que intervienen con los y las adolescentes y jóvenes en el marco de la LRPA, se fundamenta en los siguientes aspectos:

- **Integralidad de la intervención:** tanto los programas de tratamiento como los equipos que ejecutan sanciones y medidas abordan problemáticas multifactoriales que involucran diversos ámbitos de la vida de las personas usuarias, incluyendo aspectos individuales, familiares y de integración social. De ahí se deriva la importancia de considerar a cada adolescente o joven de manera integral, comprendiendo las problemáticas que enfrenta desde diversas perspectivas.
- **Ámbitos de acción en común:** en ambas problemáticas se pueden presentar factores de riesgo comunes (por ejemplo: grupo de pares involucrado en drogas y en delito) o consecuencias asociadas similares (como los procesos de discriminación y exclusión social, derivados del estigma asociado a la persona que consume de drogas y a la persona en conflicto con la ley). Por lo tanto, pueden identificarse distintos ámbitos de intersección entre los temas abordados en el diagnóstico y en la intervención realizada por los diferentes equipos.
- **Complejidad de la relación entre ambos fenómenos:** el consumo problemático de sustancias no tratado constituye un factor de riesgo para la reincidencia delictual y –asimismo- la subcultura del delito se asocia frecuentemente con factores de riesgo para el consumo de drogas. Existen diversas relaciones de mutua influencia entre ambas problemáticas que los equipos deben considerar.
- **Aspectos motivacionales involucrados en la intervención:** la escasa problematización y motivación al cambio que suelen presentar los/as adolescentes, tanto ante el consumo de drogas como frente al desistimiento delictual, genera importantes desafíos técnicos y metodológicos para los equipos intervinientes y que requieren de un trabajo mancomunado entre ellos para alcanzar avances a nivel motivacional.

Específicamente, respecto de la variable infracción de ley, deben comprenderse algunos aspectos claves de complementariedad.

- La comprensión del modelo RNR, se hace presente la necesidad del trabajo articulado entre el programa de tratamiento y el programa que administra la sanción. El programa de tratamiento interviene sobre un factor de riesgo específico, el consumo problemático de drogas, de modo tal que, mediante el tratamiento de adicciones se puede contribuir también al proceso de intervención dirigido a disminuir el riesgo de reincidencia en delito. Desde esa perspectiva, se debe comprender que el tratamiento constituye una línea de acción dentro de un plan más

amplio, el Plan de Intervención Individual y que considera también otras necesidades criminógenas.

- Asimismo, debido a que los factores de riesgo para el comportamiento infractor identificados por el modelo RNR y los factores que inciden en el consumo de drogas presentan algunas similitudes o puntos de convergencia, es muy probable que el tratamiento de adicciones aborde aspectos vinculados con otras necesidades criminógenas, así por ejemplo: el manejo de la autoregulación emocional puede incidir en algunas pautas de personalidad antisocial identificadas desde el modelo RNR, las ideas y creencias asociadas a la mantención del consumo en algunos casos pueden vincularse también con cogniciones antisociales, la relación con pares con consumo de drogas puede coincidir con pares vinculados al delito. Además, los y las adolescentes pueden presentar otras necesidades, (por ejemplo, ansiedad, problemas de autoestima, eventos traumáticos, u otros), que, si bien no están asociadas directamente al comportamiento infractor, deben ser abordadas con el fin de favorecer la receptividad a la intervención. En ese sentido, el consumo problemático no tratado y los efectos derivados del trastorno por uso de sustancias, a nivel cognitivo y conductual, sumado a otros problemas de salud mental, pueden interferir en la disposición del/la adolescente para participar en los procesos de intervención de los equipos que administran la sanción. Por lo tanto, el tratamiento puede contribuir a ese proceso, aumentando la probabilidad de que el /la adolescente responda positivamente a la intervención que ejecuta SENAME, SRSJ o GENCHI.

Al comprender estos aspectos del modelo RNR, se hace presente la necesidad del trabajo complementario entre el programa de tratamiento y el programa que administra la sanción o medida judicial. Desde la perspectiva del RNR, el consumo de drogas es una necesidad criminógena y entonces el equipo de tratamiento de adicciones interviene sobre un factor de riesgo específico y de ese modo, contribuye a un proceso de intervención más amplio dirigido a disminuir del riesgo de reincidencia en delito.

Asimismo, debido a que los factores de riesgo para el comportamiento infractor identificados por el modelo RNR y los factores que inciden en el consumo de drogas presentan algunas similitudes o puntos de convergencia, es muy probable que el tratamiento de adicciones impacte sobre con otras necesidades criminógenas. Por ejemplo, el manejo de la autoregulación emocional puede incidir en algunas pautas de personalidad antisocial identificadas desde el modelo RNR, a su vez, las ideas y creencias asociadas a la mantención del consumo en algunos casos pueden vincularse también con cogniciones antisociales o, en otros casos, la relación con pares que consumen drogas puede coincidir con pares vinculados al delito, entre otros posibles ámbitos de intervención en común.

Por otra parte, si se considera el modelo de desistimiento delictivo, que refiere a los procesos de cambio en la construcción de identidad, en la medida en que el tratamiento genera un cambio en el estilo de vida respecto del consumo de drogas, puede impactar también en otras áreas de la vida del/a joven, propiciando un replanteamiento de su

proyecto de vida, de su relación con quienes le rodean y, de su lugar en la sociedad, lo que podría incidir también en el proceso de desistimiento en el delito.

En este ámbito, cobran relevancia las estrategias terapéuticas dirigidas a:

- promover procesos de cambio respecto de la construcción de identidad ocupacional y/o social, por ejemplo, a través de la resignificación de espacios y experiencias significativas o mediante cambios en la narrativa del/la joven sobre su validación de la relación delito/droga.

- También se destacan las intervenciones que buscan potenciar los procesos de autonomía progresiva y desarrollo emocional, como, por ejemplo, aquellas que promueven la individuación o la auto-regulación emocional.

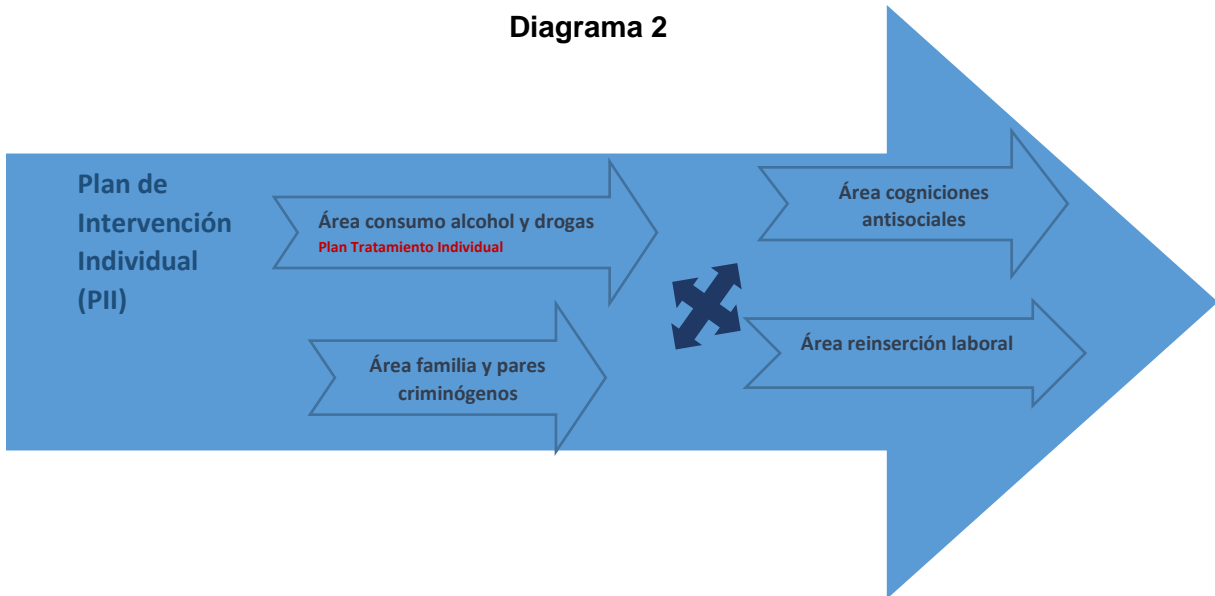
- y aquellas estrategias que apuntan a favorecer procesos de desarrollo moral relacionados, por ejemplo, con la deslegitimación de la violencia o la reflexión sobre las normas y la convivencia social.

Por lo anterior, los equipos deben considerar que el tratamiento por consumo de drogas, si bien no está dirigido a intervenir directamente sobre la problemática delictiva, inevitablemente tiene efectos más amplios que pueden impactar en la reincidencia delictual, así como también, la intervención que realizan los equipos encargados de la ejecución de sanciones y medidas, puede incidir indirectamente en algunos aspectos de facilitan u obstaculizan el proceso de tratamiento. Es por todo esto que resulta fundamental la coordinación y comunicación entre los diferentes equipos, compartiendo información sobre los diagnósticos, planes de tratamiento y de intervención y sobre los avances alcanzados.

En ese contexto, los equipos de tratamiento deben tener conocimiento y manejo respecto de los enfoques comprensivos y de intervención sobre la problemática delictiva utilizados por sus contrapartes de SENAME, SRSJ y/o GENCHI, propendiendo siempre a la construcción de lenguajes comunes y miradas integradas para la intervención, considerando los marcos conceptuales vinculados a la criminología que sirven de fundamento al trabajo de sus contrapartes encargadas de la ejecución de sanciones y medidas.

En términos de la intervención, los equipos de tratamiento deben resguardar que los objetivos y estrategias del Plan de Tratamiento Individual (PTI) se encuentren articulados y en consistencia con los objetivos del Plan de Intervención Individual ya elaborado por el delegado y aprobado por el tribunal. La sintonía de los objetivos y acciones resulta fundamental si se comprende que en definitiva el plan de tratamiento no consiste en una programación independiente o que se desarrolla en paralelo al Plan de Intervención, sino que constituye una de sus líneas de acción específica y diferenciada para dar cumplimiento a una de las áreas de intervención del delegado: la necesidad criminógena de consumo de alcohol y drogas.

Diagrama 2



Tal y como se observa en el diagrama 2, debe considerarse que el consumo problemático de sustancias es un área dentro de un plan de intervención global, que considera diversos ámbitos de necesidades de la persona y, por ende, el tratamiento se encuentra inserto en ese contexto más amplio, distinguiéndose como una intervención específica y especializada, pero que no puede desarrollarse de manera totalmente aislada de los otros ámbitos.

Si bien el foco principal de los equipos de tratamiento debe ser el consumo problemático de drogas y/o alcohol, su intervención debe propender hacia la integralidad, incorporando otros aspectos que puedan incidir en la modificación del patrón de consumo y cambio en el estilo de vida asociado, tales como: salud mental, relaciones familiares, patrones de personalidad, integración laboral y proyecto de vida, entre otros aspectos que muy probablemente se encontrarán vinculados con las áreas de intervención del PII.

El modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad provee de una estructura que aborda desde una perspectiva criminológica aspectos similares a los que se evalúan e intervienen desde el modelo Biopsicosocial, apareciendo así una oportunidad para la utilización de un lenguaje afín que permita abordar ambas variables de una manera dialéctica, complementaria y articulada.

#### ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

En el marco específico de este programa de tratamiento, se deben considerar las siguientes recomendaciones:

En instancias de coordinaciones a nivel regional o local: establecer acuerdos formales y protocolos definiendo procedimientos de derivación, traspaso de información, responsabilidades de cada institución, periodicidad de reuniones y otras coordinaciones necesarias.



Generar instancias de Transferencia de conocimientos: mediante la revisión de documentos, capacitaciones y encuentros inter-equipos, con el objetivo de facilitar la comprensión del marco de referencia (teórico, conceptual y normativo) que utilizan los otros equipos. Se trata de conocer y comprender el trabajo que realiza el otro equipo para, en base a ese conocimiento, poder generar intervenciones colaborativas y complementarias

En el Programa Terapéutico del centro de tratamiento: incorporar de forma clara y precisa la organización de los roles y funciones que tendrá cada integrante del equipo de tratamiento en las labores de coordinación con el equipo de medidas o sanciones, identificando cuales integrantes del equipo tendrán el rol de contrapartes para la gestión de caso, la participación en reuniones de red, el envío de informes y documentos, la resolución de desacuerdo o conflictos que puedan generarse, entre otras tareas.

Específicamente para los equipos que brindan tratamiento en el medio privativo de libertad: sumado a todo lo anterior, resulta fundamental la coordinación periódica con las direcciones del centro privativo o sección juvenil, según corresponda, para establecer acuerdos sobre la utilización de espacios en el centro, considerando las condiciones de infraestructura y equipamiento, a la vez que conocer y definir procedimientos de acuerdo a la normativa y aspectos de seguridad, así como también, sobre las rutinas y horarios de funcionamiento del programa de tratamiento en complemento a la oferta programática del medio privativo.

A continuación, se describen brevemente algunas recomendaciones referidas en particular a algunos momentos o hitos de la trayectoria de la atención.

**Recepción** Se espera que los programas que administran sanciones y medidas sean los principales derivadores a los centros de tratamiento. Por eso resulta clave la definición de acuerdos respecto a: la derivación asistida, la información y los documentos requeridos para realizar la derivación, el rol y nivel de participación que tendrá el/la profesional o equipo de sanción o medida en la intervención motivacional con el/la adolescente, entre otros aspectos.

**Ingreso a tratamiento:** establecer acuerdos sobre la pertinencia de la participación del/a profesional del equipo que administra sanción o medida en la entrevista de ingreso o en una reunión previa o posterior al ingreso para el traspaso de información.

**Evaluación Integral:** para realizar la evaluación es fundamental la comunicación entre ambos equipos para compartir y triangular información sobre la situación del/a adolescente, de modo tal de poder complementar la evaluación con la información aportada por el otro equipo.

**Elaboración de un PTI o PCI:** en este proceso *se requiere de una coordinación dirigida* a establecer acuerdos para delimitar los ámbitos de acción de cada equipo, diferenciadas de acuerdo a la especialidad y/o los recursos de los que dispone cada institución.

**Implementación del Plan:** se espera que ambos equipos puedan reunirse periódicamente para realizar, junto al /la adolescente y su familiar, una evaluación de los avances del

proceso terapéutico identificando los logros y los aspectos sin avance que pueden requerir de modificaciones en la estrategia de intervención. A su vez, en instancias de coordinación los equipos pueden evaluar la coordinación implementada en torno al caso y realizar los ajustes que resulten necesarios.