

**ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

**Área de Tratamiento e Intervención
SENDA**

2020



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

I. Propósito del Programa

Ofrecer tratamiento a niños, niñas y adolescentes, menores de 20 años, que presenten consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a través de una intervención integral que se realice tanto en el centro de tratamiento, como en el territorio en que viven y se desenvuelven, trabajando colaborativamente con otros dispositivos de la red sociosanitaria, que permita responder a las necesidades de las personas usuarias.

Objetivo General

Brindar tratamiento integral, oportuno, pertinente y de calidad, en modalidad ambulatoria y residencial, a niños, niñas y adolescentes que presenten consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.

Objetivos Específicos

- Modificar el patrón de consumo de niños, niñas y adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas y sus consecuencias asociadas;
- Promover la activa participación de los equipos de tratamiento en las redes con otros programas de tratamiento públicos y privados, de mayor y menor complejidad e intensidad y con otros organismos de las redes sociales, sanitarias, comunitarias, educativas, psicosociales, etc.;
- Facilitar que los equipos de tratamiento desarrollen, en conjunto con la red socio sanitaria, estrategias de problematización del consumo y motivación al cambio para el ingreso y adherencia al tratamiento;
- Facilitar la articulación de los planes de intervención de los distintos equipos intervinientes;
- Favorecer la participación de la familia y/o adultos significativos en los procesos terapéuticos de los niños, niñas y adolescentes;
- Resguardar la continuidad de cuidados y el apoyo posterior al egreso de tratamiento.



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

Duración del Proceso

La duración del proceso terapéutico para alcanzar los objetivos y metas propuestos, es variable. En el caso del tratamiento residencial, la literatura internacional señala que las principales ganancias de la modalidad residencial se alcanzarían dentro de los 3 a 6 meses, sin observar mayor efectividad los meses posteriores¹⁶.

Es relevante destacar la importancia de la continuidad de cuidados, de manera tal que los usuarios y usuarias, luego de alcanzar los objetivos propuestos en la modalidad residencial, sean derivados a programas ambulatorios, con el fin de dar continuidad de a su proceso terapéutico.

Los tiempos anteriormente señalados son aproximados y no se establecen tiempos exactos para evitar que la intervención se transforme en una meta a lograr en sí misma y deje de lado las necesidades de las personas. Por lo anterior, es muy relevante que los objetivos terapéuticos se evalúen cada tres meses, de manera de adecuar la intervención si no se han alcanzado los logros esperados o evaluar la mantención de ellos.

Principios orientadores del Programa

Para responder a las necesidades del contexto de los niños, niñas y adolescentes, y que requieren un abordaje a su problemática de consumo de alcohol y drogas, el tipo de intervención en este programa, requiere considerar los siguientes principios:

- Enfoque con perspectiva evolutiva: se refiere a que el trabajo no debe centrarse en la sustancia exclusivamente y siempre debe considerar la etapa del desarrollo en que se encuentra el usuario o usuaria, las tareas del desarrollo que pueden estar pendientes y las que le corresponde alcanzar;
- Trabajo interdisciplinario y biopsicosocial: debido a la complejidad de la problemática, se deben aunar distintas miradas e intervenciones para solucionarla;
- Continuidad de los cuidados: el niño, niña o adolescente es parte de una red mayor de intervenciones, la cual se articula según sus necesidades de atención, de manera de proveerla de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas e instituciones;
- Intervención flexible y dinámica: por las características de la población a atender, la intervención debe planificarse con objetivos a corto y mediano plazo, de manera de visibilizar avances, y otros a largo plazo, posibles de lograr durante la

¹³ Bergey E., Dinges K., Discher J., Hunt P., Kamins R., Matyas C., Marciano D., Miller M., Ruiz C.S., Tripp J.H., Waxenberg F., & Winderbaum S. (2008). *Perspectives on Residential and Community-Based Treatment for Youth and Families* Magellan Health Services Children's Services Task Force.



intervención. Esta planificación debe ir renovándose y actualizándose constantemente, siempre manteniendo claridad en el propósito;

- No etiquetamiento: el estigmatizar bajo un etiquetamiento suele generar las conductas que se esperan de esa etiqueta. Para no caer en ello, lo mejor es no juzgar a la persona, sino la conducta;
- Espera activa: muchas de las conductas a esta edad son provocación o un “poner a prueba”, si se ha sabido esperar y no reaccionar inadecuadamente, probablemente la persona termine confiando;
- Acompañamiento: el profesional tiene un rol de ayudar a ordenar y jerarquizar las prioridades de la persona, pero debe ser de manera sutil, decir su mensaje y mantenerse al margen;
- Normalización del niño, niña y adolescente: se trata de promover la adecuación de la o el usuario a la etapa evolutiva que le corresponde, es decir, evaluar en su entorno inmediato y en el contexto en el que vive aquellos recursos que le permitirán cumplir con las tareas propias de su edad cronológica y/o mental, y luego propiciar el acceso a éstos;
- Vinculación del adolescente con el medio: se trata de evitar activamente la posible desvinculación de la o el usuario de su entorno y, de ser así, facilitar su revinculación lo antes posible, rescatando las posibilidades y recursos que éste le ofrece;
- Énfasis en la intervención en la comunidad: se trata de intencionar que las acciones y actividades se desarrollen en el entorno de la o el adolescente, propiciando un mayor acceso a tratamiento, una mayor adherencia a éste y una resignificación del contexto que le rodea;
- Evaluación periódica (se sugiere cada tres meses) de la intervención: por el nivel de presentismo y de fácil desmotivación de esta población, se deben analizar periódicamente los objetivos establecidos en el plan de intervención, en conjunto con los usuarios y usuarias, de manera que vayan notando sus avances y retrocesos;
- Autocuidado de equipo: el trabajo con esta población puede ser muy desgastante, por lo que cada programa e institución debe establecer un plan de autocuidado como equipo.

Una revisión realizada por Bergey para Magellan Health Services¹⁷, describe los siguientes factores asociados al éxito terapéutico:

- a) Participación Familiar: cuando hay una participación significativa de las familias en el tratamiento, la permanencia en la modalidad residencial son más cortas y presentan mejores resultados. En lugar de ser visto como un problema, la familia

¹⁴ Bergey E., Dinges K., Discher J., Hunt P., Kamins R., Matyas C., Marciano D., Miller M., Ruiz C.S., Tripp J.H., Waxenberg F., & Winderbaum S. (2008). ~~Perspectives on Residential and Community-Based Treatment for Youth and Families Magellan Health Services Children's Services Task Force.~~



debe ser vista como parte de la solución. Se debe orientar el tratamiento a ayudar a las familias a apoyar y trabajar con los problemas que han sido los desencadenantes del ingreso a la modalidad residencial;

- b) Planificación del egreso: los programas de tratamiento residencial más exitosos comienzan a planificar el alta, en el momento del ingreso. Para ello es importante determinar qué es lo que él o la joven necesitan para un egreso exitoso, donde el tratamiento está orientado a eliminar barreras identificadas y construir apoyos necesarios. Al identificar los servicios que requeriría al egreso, como se ubica y continúa el plan de tratamiento, es más probable que se mantengan los logros. Se debe focalizar prioritariamente en los problemas que precipitaron el ingreso, en lugar de centrarse en curar toda la sintomatología;
- c) Participación comunitaria: se refiere a la participación del o la joven con los servicios de la comunidad mientras se encuentra en tratamiento residencial. Mientras se fortalecen las habilidades necesarias para la reintegración social en estos espacios de participación comunitaria, aumentan las posibilidades de resultados exitosos. Se debe prestar mucha atención en los recursos de la comunidad, como organizaciones religiosas, escuelas, programas de capacitación, programas recreativos, etc., que haya logrado vincularse durante el tratamiento residencial.

Se han identificado algunos componentes clave para mantener los logros después del egreso¹⁸:

1. Participación de la familia en el proceso de tratamiento;
2. Derivación asistida a un programa de menor complejidad al egreso;
3. Disponibilidad de cuidados después del egreso para él o la joven y su familia.

La investigación sobre la participación de la familia en el tratamiento ha demostrado que puede mejorar aún más el compromiso adolescente, la retención, el uso de sustancias y otros problemas y deberían facilitar el reingreso a su hogar y comunidad después del tratamiento residencial¹⁹.

Varios estudios longitudinales con adultos y adolescentes han concluido que la continuidad de los cuidados es un predictor significativo de mejoría²⁰. La participación en programas de cuidado posterior, se asoció con un menor uso de sustancia desde el alta y

¹⁵ Nathan, S., Rawstorne, P., Hayen, A., Bryant, J., Baldry, E., Ferry, M., ... Jayasinha, R. (2016). Examining the pathways for young people with drug and alcohol dependence: a mixed-method design to examine the role of a treatment programme. *BMJ Open*, 6(5), e010824. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010824>

¹⁶ Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. Mark D. Godley, Susan H. Godley, Michael L. Dennis, Rodney Funk, Lora L. Passetti, J Subst Abuse Treat. 2002 Jul; 23(1): 21–32.

¹⁷ Op. cit.

=====

TOMADO RAZÓN



Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

con menores cantidades de uso después de 6 meses de alta del residencial, junto con tasas de vinculación a los servicios ambulatorios significativamente mayores²¹.

II. ENFOQUES CONCEPTUALES

Enfoque de Recuperación

Si bien es cierto, se puede trazar el desarrollo de la Perspectiva de la Recuperación desde el ámbito de la salud mental, se ha definido a la **Recuperación del Trastorno por Uso de Sustancias**, como el proceso a través del cual los problemas severos asociados al uso de alcohol y otras drogas son resueltos conjuntamente con el desarrollo de la salud física, emocional, espiritual, relacional y ocupacional (White y Kurtz; 2006).

El Center for Substance Abuse Treatment define la recuperación de los problemas de alcohol y otras drogas como “un proceso de cambio mediante el cual una persona logra la abstinencia y una mejor salud, bienestar y calidad de vida”.

Es posible observar que el tratamiento relacionado con los trastornos por uso de sustancias ha evolucionado hacia una perspectiva de “tratamiento orientado hacia la recuperación” de las personas que presentan estos trastornos.

Capitales de Recuperación

Un constructo que se ha introducido en el campo del tratamiento corresponde al de *Capital de Recuperación de las Personas*, el cual ha sido definido como la amplitud y la profundidad de los recursos externos e internos de una persona, que pueden servir como base para iniciar y sostener la recuperación de problemas graves debidos al consumo de alcohol y otras drogas (Cloud y Granfield, 2008). Estos autores definen cuatro componentes del capital de recuperación:

- 1) **Capital Social:** Es la sumatoria de los recursos, actuales o virtuales, que un individuo o un grupo acumulan en virtud de poseer una red de relaciones duradera —más o menos institucionalizada— de reconocimiento mutuo. Cuando un usuario dependiente de sustancias tiene acceso a capital social e intenta detener su uso abusivo de la sustancia, las expectativas y obligaciones de las otras personas pueden ser un recurso valioso, ya que pueden entregar apoyo emocional o acceso a oportunidades que ayudan al mantenimiento de su abstinencia.
- 2) **Capital Físico:** Se refiere al capital económico o financiero, el cual incluye los ingresos económicos, ahorros, propiedad (vivienda), inversiones y otros recursos financieros tangibles que pueden ser convertidos en dinero. Los autores señalan que

¹⁸ Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders. Passetti, Lora L., et al. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, Volume 25, Issue 4, 669-684.



TOMADO RAZÓN

Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

una persona con uso dependiente de sustancia que posee capital físico tiene acceso a más opciones para su recuperación.

- 3) **Capital Humano:** Este capital incluye a un amplio rango de atributos humanos que proveen los medios para que la persona funcione en forma efectiva en la sociedad actual, para maximizar los beneficios individuales asociados con la membresía en esa sociedad, y para alcanzar metas personales. El capital humano incluye el conocimiento, las habilidades, las acreditaciones educacionales (certificados, títulos), salud física, salud mental, y otros rasgos adquiridos o heredados que son esenciales para realizar negociaciones óptimas en la vida diaria (estilo de afrontamiento, habilidad para resolver problemas, habilidades sociales, capacidad de autocontrol).
- 4) **Capital cultural:** Se refiere a las normas culturales y la habilidad para actuar en beneficio de los propios intereses dentro de las normas. Este capital incluye los valores, creencias, disposiciones, percepciones y apreciaciones que emanan de la pertenencia en un grupo cultural particular.

Los autores sugieren que los conceptos relacionados con la recuperación requieren ser adaptados de acuerdo con el ciclo vital. White (2006b) afirma que los estudios entregan suficiente evidencia que la tasa de recuperación es baja entre los adolescentes, aumenta a través de la adultez y declina en la adultez mayor.

Según White (2006b), los adolescentes presentan diversas dificultades/desafíos para desarrollar suficiente capital de recuperación.

Dennis et al. (2009), a partir de un estudio desarrollado con 14.776 adolescentes (12-25 años) sugieren que tomando en consideración que el 73% de estos adolescentes presentaba 3 o más factores de riesgo (uso de sustancias, salud mental, victimización, violencia física y actividades ilegales), es probable que el tratamiento —además de buscar la abstinencia del uso de drogas— deba abordar las otras dificultades existentes en los adolescentes, para reducir la probabilidad de recaídas. Además, los datos sugieren que es más probable que las adolescentes mujeres requieran servicios psiquiátricos, y los adolescentes hombres necesitan servicios relacionados con el control de la ira, la violencia y las actividades ilegales.

White et al. (2009) indican que, al usar el concepto de recuperación para organizar los servicios para la población de niños, niñas y adolescentes, se requiere incorporar los conceptos de resiliencia y recuperación familiar.

La recuperación familiar no sólo se refiere al campo del tratamiento de los niños, niñas y adolescentes, sino que también tiene relación con la recuperación de los padres y el impacto de ésta en la familia (pareja e hijos).

Enfoque basado en los derechos del niño



Un enfoque basado en los derechos del niño garantiza el respeto de la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación del niño como titular de derechos.

Asumir este enfoque es entender que los niños y niñas son sujetos sociales, por lo que pasan a ser parte del tejido social y cultural, es decir son sujetos activos, públicos y parte de un colectivo.

El proceso de intervención desde este enfoque considera que su rol es gravitante en la consecución de una intervención exitosa. Sin su participación activa, permanente, sistemática y planificada, la intervención no logrará los resultados que se ha planteado, los que han de ser discutidos y redefinidos con los niños, niñas y adolescentes participantes. Esto se traduce en el tratamiento, entre otras cosas, en su participación activa en la construcción, evaluación y actualización de su plan de tratamiento individualizado (PTI).

Enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en Salud Mental

Este enfoque considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan, postula que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida. Este enfoque trasciende la noción que responsabiliza al individuo de tener una “buena salud”, relevando la importancia que tienen las influencias sociales y económicas que determinan las condiciones de vida, generando pobreza e inequidad. Estos determinantes interactúan con las disposiciones genéticas presentes en cada sujeto, influenciándose mutuamente.

Entre los determinantes se diferencian, los estructurales e intermedios. Los primeros se refieren al contexto socioeconómico, político y la posición socioeconómica (etnia, género, nivel de ingreso, nivel educacional, ocupación); y los segundos se refieren a las circunstancias materiales (condiciones de vivienda y trabajo, acceso a servicios básicos y bienes de consumo), factores conductuales y biológicos (patrones de consumo alimentario, consumo de cigarro y alcohol, ejercicio, entre otras), factores psicosociales (factores de estrés, escasa red social y de apoyo) y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales que pueden desencadenar la exposición a riesgos que tienen un impacto directo sobre la salud y calidad de vida de las personas.

Enfoque de Curso de Vida y Salud Mental

Este enfoque hace referencia a cómo la acumulación de factores de riesgo a largo plazo genera un daño acumulativo que contribuye a la aparición de una enfermedad mental, entre otros problemas de salud. Según este enfoque, invertir en acciones oportunas en cada etapa de la vida repercutirá en las siguientes etapas, y el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en el período anterior.



Resiliencia

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”.

Algunos autores entienden que la resiliencia no puede ser considerada como un atributo con que los niños y niñas nacen ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio. La resiliencia, según Kotliarenco, es “reaccionar ante el estímulo y a la vez sobreponerse constructivamente”.

La intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de alterar el balance presente en las personas, que oscila desde la vulnerabilidad a la resiliencia. Esto puede ocurrir ya sea, disminuyendo la exposición a situaciones de vida provocadoras de estrés y que atentan contra la salud mental (por ejemplo, alcoholismo paterno/materno, psicopatología de los padres o bien a la separación o divorcio de éstos), o bien aumentando o reforzando el número de factores protectores que pueden estar presentes en una situación dada; por ejemplo, reforzar fuentes de apoyo y afecto, favorecer la comunicación y las habilidades de resolución de problemas.

El enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo.

Género

El género alude a la construcción cultural que realiza una sociedad respecto a lo que significa ser hombre y ser mujer. Se transmite desde el nacimiento a través del proceso de socialización, donde los padres o cuidadores van transmitiendo las conductas que deben seguir los niños y niñas y reproduciendo los estereotipos como algo que culturalmente ya está estipulado.

Al ser una construcción cultural es por ende modificable.

Es relevante también considerar los conceptos de igualdad de género y especificidad de género. El primero referido a aspectos relacionales del género y al concepto de género como estructura de poder, que suele implicar oportunidades y limitaciones diferentes basadas en el propio sexo. El segundo se refiere a los riesgos para la salud específicos para mujeres o varones.

Según lo anterior, y de acuerdo a lo recomendado por la Convención Belém do Pará (OEA, 1994), los programas de intervención deben dar importancia e incluir explícitamente el enfoque de género.

En particular, la incorporación de este enfoque en la intervención con niños, niñas y adolescentes, en el proceso de restitución de derechos y resignificación de las experiencias de vulneración, implica que se reconoce las significaciones diferenciadas de



las experiencias de vida y de las posibilidades e implicancias de los procesos de intervención y desarrollo de proyectos personales.

Pertinencia Cultural

La diversidad cultural supone una nueva apertura de la salud hacia marcos simbólicos que definen la salud, el bienestar, las conductas de riesgo o los recursos protectores de maneras distintas a las que establece el marco cultural dominante.

Carmel Camillieri (1985) refiere que la interculturalidad favorece los procesos evolutivos de las diferentes culturas, poniendo el acento en la interacción de las unas con las otras, dentro de una matriz común, que rescata los consensos universales, como las declaraciones de derechos, y la identidad nacional común, pero reconociendo los aportes de cada cultura, dominada o dominante, minorías y mayorías.

La interculturalidad se refiere a:

- Una relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación.
- Una interacción neutral entre dos o más culturas, en donde ninguna es superior a otra.
- Una relación horizontal que promueve sintonía y empatía, pues se basa en el diálogo, respeto y horizontalidad.
- Una visión que reconoce el valor de la diversidad y oportunidad, y favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente.

El enfoque intercultural se caracteriza por tres etapas:

a. Descentralización: implica tomar una perspectiva más distante de sí mismo/a, verse desde “afuera” e intentar definir los marcos de referencia propios como un individuo con una cultura y subculturas combinadas en el propio desarrollo personal. A través de esa reflexión sobre sí mismo, es posible tener conciencia de que la propia visión del mundo depende de las referencias culturales que se han construido hasta ese momento, identificándolas y tomando distancia para reconocerlas.

b. Penetración del sistema del otro: salirse de sí mismo/a para ver las cosas desde la perspectiva de la otra persona. Es una actitud de apertura, un esfuerzo personal de indagación.

c. Negociación: encontrar el acuerdo y la comprensión mínima y necesaria para evitar o ultrapasar una confrontación o conflicto.



Desde la perspectiva intercultural, no se trata de elaborar programas de integración específicos para las personas inmigrantes, sino de redibujar un espacio diverso y replantear su organización desde las necesidades de las personas. En consecuencia, el trabajo preventivo no solo debiera dirigirse a migrantes, sino también, y del mismo modo, a los otros que componen el contexto y tejido social en donde el migrante se incluye y cobra su calidad de migrante.

Inclusión + Interculturalidad = Eliminación de barreras físicas, sociales y culturales.

Desde el enfoque intercultural, las acciones debieran considerar:

- La exploración del marco de referencia del otro o cosmovisión
- La revisión de las evidencias transmitidas que desvalorizan/valorizan la cultura originaria.
- La construcción de una narración que conduzca a la acción social colectiva y sobre destinos de empoderamiento.
- Dar sentido histórico y contextual a las prácticas culturales (entenderlas sin necesariamente compartirlas).
- Utilizar procesos de negociación o mediación intercultural.
- Preguntarse por el tipo de bienestar que promueve un determinado marco cultural y cómo este puede dialogar con los valores de bienestar que promueve la cultura dominante.

En busca de un modelo comprensivo

El Programa Regional de Adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso un marco conceptual de desarrollo humano integral y promoción de salud. Este marco plantea fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural y un cambio de paradigma que apoye el desarrollo de los adolescentes como una estrategia para prevenir los problemas. Según la OMS, para tener un desarrollo saludable los adolescentes y jóvenes necesitan primero, haber tenido una infancia saludable; segundo contar con ambientes seguros que los apoyen y brinden oportunidades, a través de la familia, los pares y otras instituciones sociales; tercero, información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de actividades prácticas, vocacionales y de vida y cuarto, tener acceso con equidad a una amplia gama de servicios: educación, salud, empleo, justicia y bienestar (OMS, 1989).

Enfoque evolutivo



El período de transformación entre la infancia y la edad adulta revela, en efecto, múltiples aspectos, múltiples rostros.

Rostros que se irán determinando por las distintas transformaciones que se van produciendo gradualmente en fases desorganizadas y en otras de mayor organización.

Como consecuencia de estos importantes cambios y adquisición de capacidades, el concepto que tiene el adolescente de sí mismo y su relación con el mundo cambia, generando tensiones y preocupaciones que muchas veces lo llevan a manifestar conductas desadaptativas o incomprensibles para los adultos.

En este sentido, se puede decir que la adolescencia es potencialmente crítica, sin embargo, en qué medida estos cambios afectan la vida personal y social del joven depende de las habilidades y experiencias ya adquiridas en la infancia y de las actitudes de quienes lo rodean en ese momento.

Es importante destacar tres aspectos de este proceso evolutivo:

- Dinámica, cambiante y transitoria, en un marco social e histórico concreto. “En este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de las cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras, y otras problemáticas” (Funes, 1998).
- Particular y subjetiva, en un contexto de espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.
- Los adolescentes expresan sus conflictos normalmente en términos sociales.

Este proceso tiene algunas características que lo hacen un período de especial vulnerabilidad por un lado y gran potencial por otro.

Según Arbex (2002), las principales necesidades que emergen durante la adolescencia serían:

- Necesidad de reafirmación;
- Necesidad de trasgresión;
- Necesidad de conformidad intra-grupal;

Por otra parte, en algunos casos, el grupo de pares puede constituir un factor de riesgo importantísimo en esta etapa, representando una caja de resonancia o un amplificador potentísimo de conductas inadecuadas, siendo muy difícil para el joven resistir la presión. Sin embargo, es necesario destacar que la vulnerabilidad a la presión de grupo puede ser modulada en gran medida por los recursos personales del adolescente, tales como la autoestima, asertividad, habilidades sociales, etc.

- Susceptibilidad frente a las presiones del entorno;
- Sensación de invulnerabilidad;
- El rechazo a la vida del adulto;
- Tendencia al hedonismo y el bajo nivel de tolerancia a la frustración;
- La recompensa inmediata sin anteponer un esfuerzo proporcional y recíproco se potencia en una sociedad con baja tolerancia a la frustración.
- Perspectiva negativa de futuro; =====



- El presentismo.
- La transformación química de los estados del ánimo.

Relacionado con lo anterior, aunque desde otra perspectiva y asumiendo una visión que reconoce las potencialidades de esta etapa, Adela Cortina (2007) identifica valores de riesgo y valores de empoderamiento respecto del consumo de drogas en la adolescencia. Los valores de empoderamiento promueven y potencian en las personas la capacidad de desarrollar proyectos de vida satisfactorios y enriquecedores, mientras que los valores de riesgo se asocian a comportamientos y conductas destructivos.

Continuidad de los Cuidados

El enfoque del trastorno por uso de sustancias como un trastorno crónico recuperable de la salud mental (Dennis y Scott, 2007; White, 2006a, 2008), el enfoque de la recuperación del trastorno por uso de sustancias (Groshkova y Best, 2011; Hser y Anglin, 2011; White y Kurtz, 2006), y las variedades de la recuperación del trastorno por uso de sustancias (White y Kurtz, 2006), han conducido a una reconceptualización del seguimiento (post tratamiento) “tradicional” de los usuarios (centrado en la prevención de recaídas), a modelos de “continuidad proactiva de los cuidados” (White, 2008).

Esta visión del postratamiento se traslada desde el énfasis colocado en la identificación de los factores de riesgo de recaída y en estrategias de prevención de recaídas, al apoyo de los deseos del usuario para lograr una vida saludable, productiva y con significado. Esta visión incorpora, además, el principio de que la recuperación es más efectiva cuando las necesidades de servicios y las aspiraciones del individuo son colocadas en el centro de sus cuidados y de su tratamiento (Scottish Government, 2008).

III. Abordaje del Trauma en el Tratamiento

Debido a la alta incidencia de experiencias traumáticas en los niños, niñas y adolescentes que consultan por consumo problemático de alcohol y otras drogas, se abordará en mayor extensión este tema, de manera de entregar una mirada más amplia a las consecuencias y el abordaje del trauma.

Diversas investigaciones han mostrado que la presencia de factores de riesgo biológicos, conductuales y sociales durante la infancia y adolescencia inciden en el abuso de sustancias en las fases posteriores de la vida, y en problemas de salud mental y físicos concurrentes (Leyton y Stewart, 2014). Numerosos estudios han identificado la privación económica extrema, los conflictos intrafamiliares, un historial familiar de problemas de comportamiento y la falta de un entorno protector como factores de riesgo comunes para el uso abusivo de sustancias en la adolescencia, la delincuencia, el embarazo y el abandono escolar.



El trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno mental que puede desarrollarse como consecuencia de la exposición a uno o más eventos traumáticos (APA, 2014; Jonas et al., 2013; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014a).

Definiciones de trauma:

- Un evento que amenaza en forma significativa la seguridad de la víctima o de un ser querido o de un amigo (una amenaza física, emocional o psicológica); un evento que es sobrecogedor e impactante (APA, 2017).
- “Resultado de un evento, serie de eventos, o un conjunto de circunstancias que es experimentado por un individuo como física o emocionalmente dañino o amenazante, que tiene efectos adversos duraderos en el funcionamiento físico, social, emocional o espiritual de la persona” (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014a).

El trauma es una experiencia subjetiva, única para cada persona. Esto puede ser simple (en otras palabras, una experiencia que puede haber ocurrido en una sola oportunidad), o puede ser complejo, es decir, una serie de eventos traumáticos que han ocurrido durante un período de tiempo prolongado.

El trauma tiene un efecto directo en el cerebro de quien lo sufre, afectando principalmente la amígdala (responsable de controlar las emociones) y el hipocampo (relacionado a la memoria y el conocimiento). El impacto de este evento traumático (o la serie de eventos traumáticos) en cada una de las personas estará relacionado con diversos factores individuales, entre los cuales se deben rescatar la resiliencia y la capacidad de procesar el evento por parte de ellas.

La capacidad de recuperación puede ser fomentada y apoyada por adultos afectuosos que adopten un enfoque basado en las fortalezas para fomentar y potenciar los esfuerzos de un niño o niña para hacer frente a las dificultades.

Las respuestas al trauma son provocadas inicialmente por el evento, así como por factores ambientales, tales como la existencia de otros eventos traumáticos, los sistemas de apoyo disponibles para esa persona, entre otros. Estas respuestas pueden diferir en un evento traumático, dado que la manera como se vivencian estos eventos es personal, jugando un rol importante las habilidades de manejo del estrés, las habilidades de afrontamiento, la exposición previa al trauma, etc.

El contexto en el cual se produce la situación traumática es clave, así como los factores individuales señalados anteriormente. En este sentido, la respuesta inmediata de cada persona al trauma puede ser diferente, incluso cuando estas personas han experimentado el mismo trauma previamente. Respecto de este punto, es importante señalar que



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

algunos profesionales pueden minimizar el efecto de aquellos eventos que ellos perciben como incidentes menores, sin tener en cuenta la experiencia subjetiva del adolescente. Cada persona hace una interpretación propia del evento traumático y reacciona de manera diferente. Si la persona usuaria está minimizando su reacción al evento, esto puede ser un mecanismo de afrontamiento, lo cual resulta aceptable.

La definición de trauma ha sido actualizada en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-V). Incluye la presencia de un evento real o una amenaza de evento, incluyendo muerte, lesiones graves o violencia sexual. El trauma puede ocurrir de manera directa o indirectamente a la persona.

El DSM-V identifica cuatro tipos de exposición: experimentado directamente, presenciado, aprendido de lo sucedido a un ser querido (accidental o violento) o la exposición repetida y extrema a los detalles de un evento (no se incluye la exposición a los medios).

Si bien las estimaciones exactas de la prevalencia de trauma varían, existe consenso de que la mayoría de las personas que recurren a los servicios de salud mental son supervivientes de traumas. Por esto, es importante suponer que todas las personas que solicitan atención en el marco del tratamiento por trastornos por uso de alcohol y otras drogas tienen probabilidades de haber estado expuestos a un trauma y, por lo tanto, debieran ser evaluados en este aspecto o tratados.

En comparación con los hombres, las mujeres tienen más probabilidades de experimentar ciertos tipos de eventos traumáticos que tienen una mucha mayor probabilidad de conducir a un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Sin embargo, cuando los consultantes masculinos y femeninos experimentaron la misma categoría de evento traumático, existe un efecto pequeño a moderado que indica una mayor frecuencia o gravedad del TEPT entre los consultantes femeninos en comparación con los participantes masculinos. (Tolin, D. y Foa, E., 2006).

Es importante señalar que el impacto de los traumas durante la infancia es mayor. Dado que los niños no tienen la oportunidad de desarrollar y/o comprender estos factores de protección, es más probable que experimenten los efectos adversos del trauma, de manera más severa y con efectos más duraderos.

Además de los efectos emocionales y conductuales derivados del trauma, se ha constatado la presencia de anormalidades neurales y biológicas significativas a saber, perturbación de la memoria, anormalidades de la atención y déficit en la inhibición cognitiva. Esas anormalidades neuro-cognitivas se expresan en dificultad para recordar, dificultades para recuperar en forma controlada memorias del trauma (reexperimentación intrusiva de memorias del trauma, e inhabilidad para recordar aspectos del trauma), hipervigilancia de amenazas percibidas, y dificultades de concentración (Vasterling y Lippa, 2014).



Los investigadores señalan que los síntomas del trauma estarían relacionados con cambios inducidos por el estrés en la estructura y en la función del cerebro; el estrés induciría cambios agudos y crónicos en sistemas y regiones específicas del cerebro, que dan lugar a cambios duraderos en los circuitos implicados en la respuesta al estrés: hipocampo, amígdala y corteza prefrontal media, y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Bremner, 2006; Rasmusson y Shalev, 2014).

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (SAMHSA 2014a, 2014b), señala la importancia de desarrollar una "Atención informada/orientada por el trauma". De esta manera, las organizaciones pueden realizar una serie de actividades que les permite prepararse mejor para atender a las personas que han sido afectadas por un trauma.

Según el SAMHSA un programa, organización o sistema que está informado/orientado por el trauma ha incorporado las siguientes acciones:

- Se da cuenta del impacto generalizado del trauma y comprende los posibles caminos de recuperación;
- Reconoce los signos y síntomas del trauma en sus usuarios, las familias, el personal y otras personas involucradas en el sistema;
- Responde integrando plenamente los conocimientos sobre el trauma en sus políticas, procedimientos y prácticas;
- Trata de evitar activamente la retraumatización.

El trauma tiene un impacto a largo plazo en las personas. Por ejemplo, la mayoría de las personas tienen la capacidad de pensar linealmente con normalidad y a ser consistentes. Los sobrevivientes de traumas tienen dificultades para concentrarse, recordar y pensar de forma diferente.

La atención orientada por el trauma se basa en la comprensión de las vulnerabilidades o los factores desencadenantes en los supervivientes de traumas que los enfoques tradicionales de prestación de servicios pueden exacerbar, de manera que los servicios puedan evitar la retraumatización. Cuando se implementa esta práctica, se es consciente de lo que es el trauma y se puede adaptar para crear un espacio seguro.

Existen algunas acciones que se pueden implementar dentro de un programa de tratamiento que pueden tener el efecto no deseado de desencadenar la retraumatización de un consultante. A saber:

- Observación de la recogida de orina;
- Evaluación/examen de información personal relacionada con el trauma;
- La presencia de "castigos/sanciones" por incumplimientos;
- Planificación del tratamiento desde el consejero (inhabilitaciones).



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

La base de la atención orientada por el trauma es devolver al sobreviviente una sensación de poder, lo cual suele ser contradictorio con el tratamiento clásico por consumo de drogas, que aún tiende a desempoderarlo. Algunas de las estrategias que forman parte de una organización informada sobre el trauma son:

- Crear un espacio seguro;
- Política de puertas abiertas;
- Respetar los sentimientos;
- Reconocer los síntomas;
- Proporcionar opciones siempre que sea posible.

Los sobrevivientes de un trauma pueden encontrar en algunos servicios prácticas que reflejan el poder y el control experimentados en las relaciones abusivas del pasado que causaron el trauma. En los modelos tradicionales en que se administra el tratamiento para personas con trastornos por uso de alcohol y otras drogas, la curación y la recuperación son difíciles y el riesgo de retraumatización suele estar presente de manera permanente.

Algunos principios clave de la atención informada/orientada sobre el trauma son las siguientes:

- Seguridad
- Confiabilidad
- Colaboración y Mutualidad
- Empoderamiento
- Voz y elección
- Apoyo de los compañeros
- Resiliencia y apoyo basado en las fortalezas
- Inclusión y propósito compartido

IV. PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES QUE PRESENTAN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

De acuerdo con la American Psychological Association, la práctica basada en la evidencia es la integración de la mejor evidencia de la investigación con la competencia clínica y los valores del paciente (APA, 2006).

Mejor evidencia disponible

La American Psychological Association (APA, 2006) define este componente como: los resultados científicos relacionados con la intervención, los procedimientos de valoración (assessment), los problemas clínicos y la población estudiada, estudios de laboratorio y



de campo, así como también los resultados clínicamente relevantes de la investigación en psicología y campos relacionados.

Competencia clínica

La competencia clínica se refiere a diversas competencias del profesional o técnico para promover resultados terapéuticos positivos (APA, 2006). Estas competencias son las siguientes:

- a) Valoración, juicio diagnóstico, formulación sistemática del caso y planificación del tratamiento (plan de tratamiento);
- b) Toma de decisiones clínicas, implementación del tratamiento y monitoreo del progreso del usuario;
- c) Competencia interpersonal (la que se refiere a la habilidad para desarrollar una alianza terapéutica sólida con el usuario y una relación de colaboración con los agentes claves de las redes comunitarias);
- d) Reflexión continua de la práctica profesional y adquisición de habilidades (lo cual implica el monitoreo continuo de los resultados del tratamiento implementado y la búsqueda y participación en entrenamiento especializado para adquirir competencias);
- e) Apropiada evaluación y uso de la evidencia de la investigación en psicología básica y aplicada;
- f) Comprensión de la influencia de las diferencias individuales y culturales en el tratamiento;
- g) Búsqueda de recursos disponibles (es decir, gestión de redes comunitarias y solicitud de supervisión de pares o de supervisores clínicos cuando sea necesario);
- h) Poseer una lógica sólida para la implementación de estrategias clínicas.

Dominio del usuario

Esta dimensión implica considerar los valores, creencias religiosas, visión de mundo, metas y preferencias del usuario, con la experiencia del profesional o técnico y la comprensión de la investigación disponible (APA, 2006).

Para la elección e implementación del enfoque de tratamiento el profesional o técnico debiera considerar lo siguiente:



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

- a) Variaciones en el problema o trastorno presentado, etiología, síntomas o síndromes concurrentes;
- b) Edad cronológica, desarrollo actual, historia del desarrollo y fase de la vida;
- c) Factores culturales y familiares (género, identidad de género, origen étnico, clase social, religión, discapacidad, estructura familiar, orientación sexual);
- d) Contexto ambiental actual, estresores (desempleo, eventos recientes en la vida);
- e) Factores sociales (racismo institucional, disparidad en el acceso a los cuidados de la salud);
- f) Preferencias personales, valores y preferencias relacionadas con el tratamiento (metas, creencias, visión de mundo, expectativas respecto al tratamiento). Los valores y preferencias del usuario son un componente central de la PBE; el consultante puede tener preferencias por un tipo de tratamiento y el resultado deseado, las cuales pueden estar influenciadas por su contexto cultural y por factores personales. La práctica efectiva requiere un equilibrio entre las preferencias del usuario y el juicio del profesional —basado en la evidencia disponible y en la competencia clínica— para determinar el tratamiento más apropiado.

El National Quality Forum (NQF) en el año 2008, identifica 11 principios basados en la evidencia para el tratamiento de usuarios que presentan trastorno por consumo de sustancias. A continuación, se presentan los 10 principios adecuados para esta población.

- a) Identificación de las condiciones de uso de sustancias:
 - 1) Durante los encuentros con nuevos consultantes y al menos en forma anual, se debiera pesquisar el consumo de riesgo de alcohol en los usuarios de los servicios de salud física y mental, los problemas y enfermedades del consumo de alcohol y cualquier consumo de tabaco;
 - 2) Para identificar a los consultantes que consumen drogas, los prestadores de cuidados en salud debieran emplear un método sistemático que considere la epidemiología, los factores de la comunidad y las potenciales consecuencias en la salud del consumo de drogas para esas poblaciones específicas;
 - 3) Los consultantes que tienen un tamizaje positivo —o una indicación de— un problema de consumo de sustancia o una enfermedad, debieran recibir además una confirmación diagnóstica de la presencia de un problema y determinar el diagnóstico. Los consultantes diagnosticados con un trastorno por consumo de una sustancia, debieran recibir una evaluación integral para guiar el diseño de un plan de tratamiento individualizado.



b) Iniciación y adherencia al tratamiento:

- 4) Todos los pacientes identificados con consumo abusivo de alcohol, según las Guías Clínicas y/o con consumo de tabaco, debieran recibir una intervención motivacional, realizada por un trabajador de la salud entrenado en esta técnica;
- 5) Los proveedores de cuidados en salud debieran promover sistemáticamente la iniciación y adherencia al tratamiento por consumo de sustancias. Los consultantes con trastorno por consumo de sustancias debieran recibir servicios de apoyo para facilitar su participación en el tratamiento;
- 6) La farmacoterapia de apoyo debiera estar disponible y ser suministrada, para manejar los síntomas y las consecuencias adversas del síndrome de abstinencia, basado en la evaluación sistemática de los síntomas y el riesgo de consecuencias adversas graves relacionadas con el síndrome de abstinencia. El manejo de este síndrome por sí solo no constituye un tratamiento para la dependencia y debiera estar vinculado con un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias.

c) Intervenciones terapéuticas para tratar el trastorno por uso de sustancias:

- 7) Las intervenciones psicosociales validadas empíricamente debieran ser iniciadas con todos los usuarios con trastorno por uso de sustancias;
- 8) La farmacoterapia debiera estar disponible para todos los usuarios que la requieran. Si es prescrita, debiera ser suministrada en adición y directamente relacionada con las intervenciones psicosociales, generando un tratamiento integral;

d) Continuidad del manejo de caso para el trastorno por uso de sustancias:

- 10) A los usuarios con trastorno por uso de sustancia se les debería ofrecer un manejo de caso a largo plazo para el tratamiento del trastorno por consumo y cualquiera otra condición coexistente, y este manejo de caso debiera ser adaptado o basado en el monitoreo continuo de los progresos del paciente.

Es necesario advertir que la PBE no es un estado estático del conocimiento, sino que implica un estado en constante evolución de la información. Es decir, la nueva evidencia de la investigación clínica puede invalidar a tratamientos aceptados y reemplazarlos por tratamientos nuevos, más adecuados, eficaces y seguros. De este modo, los profesionales tienen la obligación de mantenerse informados del desarrollo de la investigación clínica, e incorporar estos avances en su práctica cotidiana (Thyer, 2004). Thyer (2004) ha descrito 5 pasos para la implementación de Prácticas Basadas en la Evidencia:



- 1) Convertir una necesidad de información en una interrogante a la cual se pueda dar una respuesta;
- 2) Buscar la mejor evidencia clínica para responder a esa interrogante. Este paso implica la búsqueda de literatura especializada de la publicación de investigaciones, ya sea en publicaciones periódicas o en textos actualizados;
- 3) Evaluación crítica de la evidencia en términos de su validez, significancia clínica y utilidad. Este paso requiere que el profesional conozca los diseños de investigación en salud mental y en intervenciones psicosociales, para que pueda valorar la calidad de la evidencia suministrada por las investigaciones consultadas;
- 4) Integración de la evaluación de la evidencia con la competencia clínica del profesional y los valores y circunstancias del usuario;
- 5) Evaluación de la efectividad y la eficiencia en la implementación del tratamiento seleccionado, y esforzarse para la mejoría del desempeño.

Los pasos descritos por Thyer (2004) son sugeridos para la implementación de enfoques de tratamiento PBE para un profesional/consejero individual. Sin embargo, en general los tratamientos para personas que presentan trastorno por uso de sustancias son provistos por programas de tratamiento de agencias u organizaciones, lo cual implica que se requiere realizar cambios significativos en la filosofía del programa, en los procedimientos, en el entrenamiento de los profesionales y en la implementación de nuevas prácticas en esa organización, si se quiere implementar prácticas o enfoques PBE (Millet et al., 2005).

Para implementar tratamientos PBE es necesario que los directivos o los profesionales de los programas de tratamiento perciban como una necesidad la modificación de sus prácticas habituales. La pregunta clave que tendría que hacerse esa organización para modificar sus prácticas es la siguiente: “¿Cuál es la efectividad (resultados) de nuestro programa?”; es decir, del total de usuarios que son referidos a nuestro programa, ¿qué porcentaje de ellos cumple con nuestros criterios para ingresar al tratamiento que proveemos? (Secade y Hermida, 2000), ¿qué porcentaje de los pacientes que ingresan a tratamiento permanecen 3 o más meses en tratamiento (Simpson, 1979, 1981) ?, ¿cuál es la tasa de abandono antes de los 2 o 3 meses?, ¿cuál es la tasa de logro terapéutico (medida según los criterios del programa, o los criterios usuales) al egreso de nuestros usuarios?

Existen publicaciones que entregan guías para la implementación de tratamientos PBE en los programas de tratamiento; por ejemplo, ATTC (2010).

Ventajas y desventajas de los tratamientos PBE

Cooney et al. (2007) han descrito las siguientes ventajas y desventajas (limitaciones) de la adopción e implementación de intervenciones de prevención o de tratamiento PBE.

Ventajas:



=====

TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

=====

Se aumenta la probabilidad que el tratamiento provisto sea beneficioso.

- Aumenta la eficiencia en el uso de recursos limitados cuando se implementa un tratamiento que ha sido sometido a prueba, en comparación con la implementación de prácticas que se supone que son efectivas;
- La implementación de prácticas basadas en la evidencia puede ayudar a obtener recursos económicos de parte de quienes otorgan financiamiento al programa. Además, al implementar estrategias y programas PBE puede esperarse que la efectividad demostrada de esos programas puede facilitar la referencia de pacientes y su retención;
- Por último, como las prácticas PBE implican la medición de resultados, pueden entregar información acerca del coste-beneficio de aquellas.

Desventajas (limitaciones):

- Una limitación para la implementación de programas PBE es la inversión financiera requerida. La mayoría de los programas PBE requieren costear materiales que poseen derechos de autor y financiar el entrenamiento de los profesionales;
- Otra limitación es que un número de programas PBE requieren que sean implementados del modo que está indicado en los manuales, lo cual puede convertirse en una dificultad cuando se requiere adaptarlos a las características demográficas y culturales de los pacientes. Miller et al. (2005) sugieren la siguiente solución para esta dificultad: en ausencia de un tratamiento PBE para una población específica, es razonable comenzar con un tratamiento PBE que tiene apoyo empírico para otra población; y existe evidencia que el origen étnico diverso de los usuarios no modera los resultados de la respuesta de los individuos a los tratamientos, como se observó en el proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1993);
- Por último, el desarrollo de muchos tratamientos PBE han sido financiados por agencias gubernamentales para tratar problemas específicos, pero los usuarios pueden tener más necesidades de tratamiento que las abordadas por el programa PBE, lo cual implica integrar otras prácticas para las cuales en la actualidad no existe suficiente evidencia de su efectividad.

Siempre es mejor usar prácticas que generan evidencia

A pesar de las limitaciones de los enfoques de tratamiento PBE antes mencionadas, la literatura de los tratamientos para las personas que presentan uso problemático de sustancias sugiere la implementación de tratamientos PBE. Esa sugerencia no sólo está basada en el hecho que se ha probado en forma científica que esos tratamientos son



efectivos para determinadas poblaciones; los manuales de los tratamientos PBE también suministran una lógica para el tratamiento, y puede evaluarse la fidelidad con la cual los profesionales proveen el tratamiento.

Respecto al uso de enfoques de tratamiento PBE, Miller et al. (2005) se preguntan lo siguiente: “¿Cuándo debiéramos usar PBE?” Su respuesta es la siguiente: “Cada vez que sea posible”.

Esos autores sugieren la siguiente interrogante en reemplazo de la pregunta anterior: “¿Cuándo no debiéramos usar tratamientos PBE?”... “Cuando no existen tratamientos PBE disponibles”. Los autores indican las siguientes situaciones en las cuales no es posible usar tratamientos PBE:

- Cuando existe insuficiente investigación para indicar un enfoque para tratar el trastorno por uso de algunas sustancias específicas;
- Cuando el paciente presenta diversos trastornos de salud mental comórbidos, y no existe un número suficiente de investigaciones que permitan sugerir un tratamiento específico de elección. Miller et al. (2005) sugieren que en esos casos se provea en forma separada el tratamiento PBE para cada trastorno comórbido.

Finalmente, Iraurgi (en Becoña y Cortés, 2011, p. 146) plantea la siguiente reflexión:

“La cuestión es cómo conocer cuál es el recurso terapéutico más apropiado para determinado problema; cómo reconocer cuál es perfil de afectado que se adaptaría mejor a determinada línea de intervención; cómo apreciar tempranamente que la elección terapéutica adoptada es la más conveniente a ese caso. La solución, consiste en evaluar nuestras intervenciones y mostrar y debatir las evidencias alcanzadas; investigar no sólo los resultados de salud, sino también los procesos psicoterapéuticos en los cuales está la clave del éxito y del fracaso de los resultados. Y esta perspectiva de evaluación debería ser común y ser aplicada por todos y cada uno de los modelos psicoterapéuticos.”

Las organizaciones que proveen programas de tratamiento a las personas que presentan trastorno por uso de sustancias, requieren responderse a una serie de interrogantes antes de elegir un tratamiento PBE para incorporarlos en su programa. El Registro Nacional de Prácticas y Programas Basados en la Evidencia (NREPP) ha sugerido las siguientes interrogantes para las organizaciones que desean incorporar tratamiento PBE en sus programas de tratamiento.

Implementación:

- ¿Dónde será implementada la intervención? ¿En qué contexto? ¿Con qué población?
- ¿Cuáles son los desafíos para la implementación efectiva? ¿Cómo se podrían superar esos desafíos?



- ¿Puede contactarse para obtener información de dos o tres directores de programas en los cuales actualmente la intervención está en proceso de implementación?

Adaptaciones:

- ¿Esa intervención ha sido adaptada en formas que podrían ser relevantes para su implementación en un programa como el suyo (contexto del tratamiento), o con una población similar a la que es atendida en su programa?
- ¿Ha sido capaz de identificar si hay componentes “centrales” en la intervención, que debieran ser implementadas y/o debieran ser adaptadas?

Equipo (staff) de tratamiento:

- ¿Cuáles son los requerimientos del equipo de tratamiento (número y tipo)?
- ¿Cuál es la calificación mínima del equipo (grado profesional, experiencia)?
- ¿Qué métodos son usados para seleccionar a los mejores candidatos (filosofía, habilidades)?
- ¿Hay una recomendación de proporción de profesionales-usuarios?
- ¿Hay una proporción recomendada de supervisor-profesionales?

Calidad de los mecanismos de medición:

- ¿Cuáles son los componentes centrales que definen la esencia de la intervención?
- ¿Cómo están preparados los supervisores para proveer apoyo efectivo a los profesionales?
- ¿Cuál es el protocolo de supervisión para proveer apoyo efectivo a los profesionales?
- ¿Qué instrumentos prácticos están disponibles para evaluar la adherencia y la competencia de los profesionales en el uso de los componentes centrales de la intervención?
- ¿Qué pruebas han sido realizadas para asegurar la validez y la confiabilidad de los instrumentos de fidelidad?

Entrenamiento y asistencia técnica:

- ¿Se requiere entrenamiento antes que un programa puede implementar esta intervención?
- ¿Quién está a cargo del entrenamiento, y en qué lugar se realiza?
- ¿Será certificado el equipo profesional por su participación en el entrenamiento?
- ¿Quiénes son entrenados en forma usual (profesionales, entrevistadores que participan en la selección de personal, entrenadores del equipo profesional, supervisores/coaches, administradores de la agencia)?
- ¿Cuál es la duración del entrenamiento (horas, días)?



- ¿Se requiere o está disponible un entrenamiento continuo?
- ¿Hay asistencia en terreno de quien ha desarrollado la intervención?
- ¿Cuánto tiempo toma generalmente la implementación, con una elevada fidelidad, de la nueva intervención?

Costos:

- ¿Cuál es el costo para asegurar los servicios de quien desarrollo la intervención?
¿Qué está incluido en esos costos?
- ¿Si la intervención cuesta más de lo que me permiten mis recursos, hay una forma de implementar solamente una parte de la intervención?
- ¿Los costos incluyen posiciones salariales? ¿Equipamiento especial?

Junto con lo anterior, también es importante mencionar los enfoques o prácticas que se ha demostrado **que no son efectivas en el tratamiento de usuarios** que presentan trastorno por consumo de sustancias (Miller et al., 2006; NQF, 2008):

- Acupuntura;
- Terapia de relajación;
- Grupo de psicoeducación acerca de los riesgos y daños del consumo de drogas;
- Biblio-terapia;
- Monitoreo biológico del consumo de sustancias (es decir, control del consumo de sustancias sin realizar un tratamiento);
- Desintoxicación como único tratamiento;
- Terapia psicodinámica individual;
- Terapia de grupo no estructurada;
- Confrontación como el enfoque principal de tratamiento;
- Expulsión del programa de tratamiento en respuesta a una recaída;
- Asistencia obligada a encuentros de Alcohólicos Anónimos.

Prácticas recomendadas para la intervención con adolescentes con trastornos por uso de sustancias

*1. Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) - Enfoque de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes*²²

Es utilizado en adolescentes entre 13 y 17 años y adultos jóvenes entre 18 y 25 años; hombres y mujeres; de diversos orígenes étnicos. Se recomienda en contexto ambulatorio individual.

¹⁹ Se puede descargar en forma gratuita de la Web el manual (en inglés) del modelo A-ACRA que se usó en el CYT (Cannabis Youth Treatment):

Godley, S.; Meyers, R.; Smith, J.; Karvinen, T.; Titus, J.; Dodley, M.; Dent, G.; Passetti, L. and Kelberg, P. (2001) The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration



El A-CRA es una intervención que busca ayudar a los adolescentes a lograr y mantener la abstinencia de drogas, modificando las influencias en sus vidas que refuerzan el uso de sustancias, con refuerzos familiares, sociales y educativos o vocacionales más saludables. Tras evaluar las necesidades y los niveles de funcionamiento del adolescente, el terapeuta elige entre 17 procedimientos del A-CRA, orientados a abordar la resolución de problemas, la capacidad de hacer frente a los problemas y la comunicación, y para fomentar la participación en actividades sociales y recreativas constructivas.

2. Motivational Enhancement Therapy (MET) - Terapia de Fomento Motivacional

Se utiliza en hombres y mujeres de 18 y más años, origen étnico no especificado. En contexto residencial y ambulatorio.

La MET es un enfoque de asesoramiento que ayuda a los adolescentes a resolver su ambivalencia sobre su participación en el tratamiento y el abandono del consumo de alcohol y otras drogas.

Este enfoque, basado en la entrevista motivacional, incluye una evaluación inicial de la motivación del adolescente para participar en el tratamiento, seguida de una a tres sesiones individuales en las que un terapeuta ayuda al consultante a desarrollar el deseo de participar en el tratamiento, proporcionando una retroalimentación sin confrontación. Siendo empático pero directivo, el terapeuta habla de la necesidad de tratamiento y trata de obtener declaraciones auto-motivadoras por parte del adolescente, de modo de fortalecer su motivación y construir un plan de cambio. Si el adolescente se resiste, el terapeuta responde de manera neutral en lugar de contradecirlo o corregirlo.

La MET, si bien es mejor que ningún tratamiento, por lo general no se utiliza como tratamiento independiente para los adolescentes con trastornos por uso de sustancias, sino que se emplea para motivarlos a participar en otros tipos de tratamiento.

3. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) - Terapia Cognitivo-Conductual

Las estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual, o CBT, se basan en la teoría que los procesos de aprendizaje juegan un papel crítico en el desarrollo de conductas problemáticas como el consumo de drogas. Un elemento central de la CBT es enseñar a los participantes a anticiparse a los problemas y ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.

En la CBT, los adolescentes exploran las consecuencias positivas y negativas del uso de drogas. Aprenden a controlar sus sentimientos y pensamientos y a reconocer los patrones de pensamiento distorsionados y las señales que suelen desencadenar el uso alcohol y otras drogas; identifican y anticipan situaciones de alto riesgo; y aplican una serie de habilidades de autocontrol, como la regulación emocional y el control de la rabia, la



resolución práctica de problemas y el rechazo a las sustancias. La CBT puede ofrecerse en entornos ambulatorios en sesiones individuales o de grupo o en entornos residenciales

4. *Contingency Management (CM) - Manejo de Contingencias*

La investigación ha demostrado la eficacia del tratamiento utilizando refuerzos inmediatos y tangibles para conductas positivas, con el fin de modificar conductas problemáticas como el abuso de sustancias. Este enfoque, conocido como Manejo de Contingencias (CM), ofrece a los adolescentes la oportunidad de obtener incentivos de bajo costo, tales como premios o vales en efectivo (para alimentos, pases de cine y otros bienes personales), por su participación en el programa de tratamiento de drogas, lograr objetivos importantes del tratamiento y no consumir drogas.

El objetivo del CM es debilitar la influencia del refuerzo obtenido del uso de drogas y sustituirlo por un refuerzo relacionado con actividades más saludables y la abstinencia de alcohol y otras drogas.

5. *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users and Other Substances Users (MET/CBT) - Terapia de Fomento Motivacional y Terapia Cognitiva-Conductual para Adolescentes con Consumo de Cannabis y otras Sustancias*²³

Se utiliza con hombres y mujeres adolescentes de 13 a 17 años. En modalidad ambulatoria.

Este enfoque de tratamiento fue desarrollado como parte del proyecto CYT (Cannabis Youth Treatment). Es una intervención que se compone de 2 sesiones individuales iniciales de Terapia de Fomento Motivacional; seguida de 3 sesiones grupales con orientación cognitivo-conductual, cuyo objetivo es el fomento de habilidades para afrontar sus problemas y sus necesidades, sin que tengan que consumir cannabis o alcohol.

6. *Behavioral Therapy for Adolescents - Terapia Conductual para Adolescentes*

Este tratamiento está basado en el enfoque del condicionamiento operante, es decir, los comportamientos son aprendidos y mantenidos según sus consecuencias. Las actividades terapéuticas se implementan en sesiones individuales, e incluyen tareas específicas, ensayo conductual de comportamientos deseados, registro y revisión del progreso del tratamiento, con acceso a felicitaciones y privilegios cuando se alcanzan las metas asignadas. Se monitorea en forma regular el consumo de drogas por medio de test de orina.

²⁰ Se puede descargar en forma gratuita de la Web el manual (en inglés) que se usó en el CYT (Cannabis Youth Treatment):

Sampl, S. and Kadden, R. (2001) Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services

TOMADO RAZÓN



La meta del tratamiento es que el adolescente logre control sobre su comportamiento, para que logre la abstinencia de drogas y puede mantener la abstinencia después de la finalización del tratamiento.

7. Community Reinforcement Approach (CRA) with Vouchers - Enfoque de Reforzamiento Comunitario con Vales [vouchers]

Se utiliza en contexto ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento consiste en el enfoque CRA —enfoque de consejería individual, que incluye un club de trabajo, consejería matrimonial, entrenamiento en prevención de recaídas, y disulfiram (para los consumidores dependientes de alcohol) — al cual se ha añadido un componente de Manejo de Contingencias (CM), en la forma de un programa de vales que se cambian por dinero según las muestras de orina negativa del usuario.

El tratamiento se realiza en 2 sesiones de consejería individual durante las semanas 1 a la 12, y una sesión semanal en las semanas 13 a la 24.

8. Seeking Safety: A Psychotherapy for Trauma/PTSD and Substance Abuse - Buscando seguridad: Psicoterapia para Trauma/Trastorno por Estrés Postraumático y Abuso de Sustancias²⁴

Se utiliza en personas con una historia de trauma, pero cuyos síntomas no cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno por estrés postraumático. Aplicándose en modalidad ambulatoria.

Este tratamiento —de orientación cognitivo-conductual— es provisto por medio de un manual, que tiene hojas de trabajo para el usuario y guías para el terapeuta. Es un programa flexible, que puede ser implementado en sesiones individuales o grupales, en las cuales se tratan 25 temas.

9. Chestnut Health System-Bloomington Adolescent Outpatient (OP) and Intensive Outpatient (IOP) Treatment Model - Modelo de Tratamiento del Sistema de Salud Chestnut-Bloomington para Adolescentes en Tratamiento Ambulatorio y en Tratamiento Ambulatorio Intensivo

Se utiliza con hombres y mujeres adolescentes de 13-17 años y adultos jóvenes 18 - 25 años, y se aplica en contexto ambulatorio.

Es un programa de tratamiento provisto en horario vespertino o matutino, que integra cuatro enfoques terapéuticos (rogeriano, conductual, cognitivo y de realidad), que es

²¹ Puede descargarse en forma gratuita de la Web un artículo de L. Najavits ("Implementing Seeking Safety therapy for PTSD and substance abuse: Clinical Guidelines") en el cual la autora describe el enfoque, y menciona los recursos para la implementación del mismo: <http://www.bbrn.org/media/pdf/guidelines/PTSD.pdf>



entregado en sesiones de grupo. Se compone de dos tipos de intervenciones principales: construcción de habilidades y consejería grupal.

Prácticas recomendadas para la intervención con jóvenes (mayores de 18 años) con trastornos por uso de sustancias

10. Motivational Interviewing (MI) - Entrevista Motivacional²⁵

Se aplica en contexto ambulatorio.

La MI es un estilo de consejería orientado a metas, centrado en el usuario, para extraer cambios conductuales al ayudar al usuario a explorar y resolver su ambivalencia. Este enfoque ha sido aplicado en un amplio rango de problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas, la promoción de la salud, adherencia al tratamiento médico, y problemas de salud mental.

11. Matrix Model - Modelo Matrix²⁶

Se aplica en hombres y mujeres de 18 a 55 años, en contexto ambulatorio.

Este es un enfoque de tratamiento que es provisto en intervenciones grupales, en un período de 16 semanas, consistente en sesiones de prevención de recaídas, educación, apoyo social; consejería individual y test de orina. El profesional actúa en forma simultánea como un profesor y un coach, que fomenta una relación terapéutica positiva.

12. Dialectical Behavior Therapy (DBT) - Terapia Conductual Dialéctica²⁷

Se aplica en hombres y mujeres de más de 18 años, en contexto de internación, y ambulatorio.

Este es un tratamiento cognitivo-conductual que presenta dos características principales: resolución conductual de problemas y estrategias basadas en la aceptación. “Dialéctico” se refiere a los problemas implicados en el tratamiento de usuarios que presentan trastornos múltiples y el tipo de procesos del pensamiento y estilos conductuales usados en las estrategias de tratamiento. El tratamiento DBT da énfasis a un cambio conductual

²² El manual más reciente de Miller y Rollnick se encuentra publicado en castellano: Miller, W. y Rollnick, S. (2015) La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Tercera Edición. Ed. Paidós, Barcelona.

²⁶ Se pueden descargar de la Web en forma gratuita los manuales en español:

Zarza González, M.; Botella Guijarro, A.; Vidal Infer, A.; Ribeiro Do Couto, B.; Bisetto Pons, D. y Martí J. (2011). Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios. Versión española traducida del Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 06-4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006 (Versión española financiada por el Servicio Murciano de Salud, España).

²⁷ Se han publicado dos manuales de este enfoque de tratamiento:

Linehan, M. (2003) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Ed. Paidós, Barcelona
Linehan, M. (2015) DBT® Skills Training Manual. Second Edition. New York: The Guilford Press.



equilibrado, solución de problemas, y regulación emocional, mindfulness y aceptación de los usuarios.

Este enfoque tiene cinco componentes: (1) entrenamiento en habilidades; (2) fomento motivacional; (3) generalización (acceso al terapeuta fuera del setting clínico, el hogar e inclusión de la familia en el tratamiento), (4) estructuración del ambiente; y (5) capacidad y fomento motivacional de los terapeutas.

13. Supportive-Expressive Psychotherapy (SE) - Psicoterapia de Apoyo Expresivo

Se aplica en hombres y mujeres adultas de más de 18 años en contexto ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento, de orientación analítica focal, ha sido adaptado para usuarios dependientes de cocaína o heroína. Posee dos componentes principales: (a) uso de técnicas de apoyo para que los usuarios se sientan cómodos al conversar de sus experiencias personales; y (b) uso de técnicas expresivas para ayudar al usuario a comprender sus pautas de relación interpersonal problemáticas, para que pueda trabajarlas en el contexto de la relación con el terapeuta.

14. Twelve Steps Facilitation Therapy (TSF) - Terapia de Doce Pasos

Se aplica en hombres y mujeres adultas de más de 18 años; en contexto del tratamiento de internación y ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento es una intervención breve y estructurada (12 a 15 sesiones individuales o grupales), implementada por medio de un manual, que está basada en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Las metas generales de la intervención son las siguientes: (a) aceptación de la necesidad de la abstinencia; (b) la voluntad de participar activamente en reuniones de Alcohólicos Anónimos para mantener la abstinencia.

El manual de este enfoque incorpora el material originalmente desarrollado para el Proyecto MATCH.

15. ModerateDrinking.com and Moderation Management - BeberModerado.com y Gestión de la Moderación

Se utiliza en hombres y mujeres de 18 y más años, en el contexto del hogar.

BeberModerado.com (MD) y Gestión de la Moderación (MM) son dos intervenciones complementarias online, diseñadas para bebedores de riesgo no dependientes, que quieren reducir el número de días en los cuales beben, disminuir la cantidad de bebida cuando beben, y reducir los problemas asociados al alcohol. La intervención MD es un programa de entrenamiento online de habilidades de auto-control; y la intervención MM es un grupo de apoyo online.



16. *Brief Strengths-Based Case Management for Substance Abuse (SBCM) - Manejo de Caso para el Abuso de Drogas Basado en Fortalezas*

Se aplica en hombres y mujeres de más de 18 años; en contexto de Hospital, Residencial, Ambulatorio.

El SBCM es una intervención de servicio social cara-a-cara, que tiene como objetivo reducir las barreras y el tiempo para el ingreso a tratamiento, y mejorar el funcionamiento del usuario. Este enfoque se diferencia del manejo de caso usual en el uso de una perspectiva de fortalezas. El administrador de caso ayuda al usuario a identificar sus habilidades personales, lo apoya en la toma de una decisión respecto al tratamiento y para que formule metas para el tratamiento y los métodos para alcanzarlas; fomenta la participación del usuario en la búsqueda informal de tratamiento y lo ayuda a resolver barreras para el ingreso a tratamiento. El administrador de caso también puede abogar por un cupo en un programa de tratamiento que se adapta a las necesidades del usuario.

La duración de este enfoque de administración de caso es de 5 sesiones, con una duración de 90 minutos cada una.

17. *TCU Institute of Behavioral Research, Mapping-Enhanced Counseling - Consejería con Ayuda de Mapeo del TCU Instituto de Investigaciones Conductuales de la Universidad Cristiana de Texas, TCU.*²⁸

Se aplica en hombres y mujeres de 18 o más años, en contexto residencial, ambulatorio.

El mapeo es una técnica o un recurso para el tratamiento, y no un tratamiento propiamente tal. Consiste en el uso de recursos visuales (recuadros unidos por líneas) para ayudar a revisar los problemas y planificar estrategias para la recuperación. Se usan 3 tipos de mapas: mapas libres (que resumen los tópicos abordados en una sesión de consejería individual); mapas-guía (mapas preparados de antemano según el objetivo de la sesión terapéutica) que pueden ser usados en sesiones de consejería individual o grupal; y mapas informativos que se usan en intervenciones de psico-educación.

18. *CHOICES: A Program for Women About Choosing Healthy Behaviors - OPCIONES: Un Programa para que las Mujeres Elijan Comportamientos Saludables*

Se aplica en mujeres entre 18 y 55 años, en contexto residencial y ambulatorio.

Este programa tiene como objetivo disminuir el riesgo de exponer al alcohol al feto si se embarazan. Es una intervención breve diseñada para mujeres no embarazadas que se encuentran en edad fértil, que no usan métodos anticonceptivos en los encuentros sexuales con la pareja y que presentan consumo de alcohol de riesgo. La meta de la

²⁸ Los recursos (en inglés) para la implementación de la técnica de mapeo, pueden descargarse en forma gratuita del sitio Web www.ibr.tcu.edu



intervención (de 45 minutos) es que las mujeres usen métodos anticonceptivos o que disminuyan su consumo de alcohol; y asistan a sesiones de consejería para el uso de anticonceptivos.

La intervención está basada en la Entrevista Motivacional y en el enfoque Transteórico del cambio de comportamientos.

Enfoques familiares (ibe) recomendados para la intervención con adolescentes con trastornos por uso de sustancias.

19. Brief Strategic Family Therapy (BSFT) - Terapia Familiar Estratégica Breve²⁹

Se aplica en niños y niñas de 6 a 12 años, y adolescentes hombres y mujeres de 13 a 17 años; en contexto ambulatorio.

La Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT) está diseñada para:

- (1) Prevenir, reducir y/o tratar los problemas de comportamiento de los adolescentes, tales como el uso de drogas, problemas de conducta, delincuencia, comportamiento sexualmente riesgoso, comportamiento agresivo/violento y asociación con compañeros antisociales;
- (2) Fortalecer los comportamientos prosociales, tales como la asistencia y el desempeño escolar; y
- (3) Mejorar el funcionamiento de la familia, incluyendo el liderazgo y manejo efectivo por parte de los padres, la crianza positiva y la participación de estos con el niño y sus compañeros, y la escuela.

20. Family Behavior Therapy (FBT) - Terapia Familiar Conductual

Se aplica en hombres y mujeres de 13 o más años, en contexto de internación, ambulatorio.

La Terapia Familiar del Comportamiento (FBT) es un tratamiento conductual ambulatorio que tiene como objetivo reducir el consumo de drogas y alcohol en adultos y adolescentes, junto con trastornos concurrentes comunes tales como la depresión, la desavenencia familiar, la asistencia a la escuela y al trabajo, y los problemas de conducta en los adolescentes.

Este enfoque de tratamiento debe sus fundamentos teóricos al Enfoque de Refuerzo de la Comunidad (CRA) e incluye un método validado para mejorar el ingreso y la participación.

²⁹ Se puede descargar en forma gratuita de la Web el siguiente documento (en inglés) que describe la teoría y la metodología de este enfoque de tratamiento:

Szapocznik, J.; Hervis, O. and Schwartz, S. (2003) Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services



Los participantes asisten a las sesiones de terapia con al menos una persona significativa, normalmente un padre.

21. Functional Family Therapy for Adolescent Alcohol and Drug Abuse - Terapia familiar funcional para adolescentes con abuso de alcohol y drogas

Se aplica en hombres y mujeres de 13 a 25 años, contexto ambulatorio.

La intervención se basa en la teoría de sistemas familiares (es decir, todos los miembros de la familia están conectados a través de un sistema de relaciones superpuestas y entrelazadas) y considera el problema de abuso de sustancias de un adolescente en el contexto más amplio de los patrones de interrelación disfuncionales dentro de la estructura social de la familia.

Al involucrar a toda la familia, así como al adolescente, la Terapia Familiar Funcional para el Abuso de Alcohol y Drogas en el Adolescente tiene como objetivo reducir el abuso de sustancias por parte de este, disminuir su comportamiento delictivo y aumentar la cohesión familiar a través de mejoras en los patrones de interacción familiar y en las relaciones entre padres y adolescentes. La intervención utiliza un enfoque terapéutico basado en las fortalezas, sin juzgar, que integra las estrategias cognitivo-conductuales dentro de un modelo sistémico familiar integral.

22. Multidimensional Family Therapy (MDFT) - Terapia familiar multidimensional³⁰

Se aplica en niños y adolescentes de 6 a 17 años, en contexto ambulatorio.

La Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) es un programa integral y multisistémico de hospitalización parcial (tratamiento diurno) o ambulatorio basado en la familia, para adolescentes que abusan de las sustancias, aquellos que presentan trastornos mentales concurrentes al uso de sustancias, y aquellos con alto riesgo de abuso continuo de sustancias y otras conductas problemáticas, como los trastornos de conducta y la comisión de delitos. Trabajando con el adolescente y su familia, este enfoque ayuda al adolescente a desarrollar habilidades más efectivas para enfrentar y resolver problemas, para mejorar su capacidad de tomar decisiones y ayuda a la familia a mejorar el funcionamiento interpersonal, como un factor de protección contra el abuso de sustancias y otros problemas relacionados.

23. Multisystemic Therapy (MST) - Terapia Multi-Sistémica

³⁰ Se puede descargar en forma gratuita de la Web el manual (en inglés) que se usó en el CYT (Cannabis Youth Treatment):

Liddle, H. (2002) Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment Series, Volume 5. Rockville, MD: [Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration](#)



TOMADO RAZÓN

Por orden del Contralor General de la República

Fecha : 14/04/2021

Carlos Frias Tapia

Contralor Regional

MST trabaja con personas que presentan conflicto con la justicia, de 12 a 17 años que tienen un historial muy largo de arrestos.

La terapia multisistémica (MST) aborda la naturaleza multidimensional de los problemas de comportamiento en adolescentes. El tratamiento está centrado en los factores de la red social de cada adolescente que contribuyen a su comportamiento antisocial.

Los objetivos principales de los programas de MST son disminuir los índices de comportamiento antisocial y otros problemas clínicos, mejorar el funcionamiento (por ejemplo, las relaciones familiares, el rendimiento escolar) y lograr estos resultados con un ahorro de costos al reducir el uso de colocaciones fuera del hogar como el encarcelamiento, el tratamiento residencial y la hospitalización. El objetivo final de la MST es habilitar a las familias para que construyan un entorno más saludable mediante la movilización de los recursos existentes en los niños, la familia y la comunidad.

24. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) - Reforzamiento comunitario y entrenamiento de la familia³¹

Se aplica en hombres y mujeres, desde los 13 a más de 55 años; en contexto ambulatorio.

Este enfoque es una intervención diseñada para ayudar a los miembros de la familia de un consumidor abusivo de alcohol a drogas, y facilitar que éste ingrese a un tratamiento. Esta intervención provista en 12 a 14 horas de consejería, con una frecuencia de 2 veces a la semana, tiene como objetivo influir en los miembros de la familia para que modifiquen su estilo de interacción con el miembro de la familia que abusa de sustancias; y empoderar a los miembros de la familia en su relación con ese miembro de la familia.

Este enfoque integra el estilo de comunicación de la Entrevista Motivacional con técnicas conductuales, como el análisis funcional de la conducta.

25. Family Support Network for Adolescents Cannabis Users (FSN) - Red de apoyo familiar para adolescentes consumidores de cannabis³²

Se aplica con adolescentes y su familia, en contexto ambulatorio o Ambulatorio Intensivo.

³¹ El volumen en idioma inglés que describe los fundamentos teóricos, la metodología y la secuencia de las sesiones del modelo es el siguiente:

Smith, J. and Meyers, R. (2004) *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment. Working with Family Members.* New York: The Guilford Press

³² El Manual (en idioma inglés) del modelo FSN, es el siguiente:

Hamilton, N.; Brantley, L.; Tims, F.; Angelovich, N. and McDougall, B. (2001) *Family Support Network for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 3.* DHHS Pub. No. (SMA) 01-3488. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration



Este enfoque de tratamiento forma parte de los estudios del CYT (Cannabis Youth Treatment). Es un tratamiento diseñado para ser implementado en forma conjunta con cualquier tratamiento estándar para adolescentes. En el estudio CYT fue implementado en forma conjunta con la terapia grupal MET/CBT 12 (Terapia de fomento motivacional/Terapia cognitivo-conductual provista en 12 sesiones).

Las metas del FSN son mejorar los resultados del tratamiento de adolescentes, por medio de: (a) incorporar a la familia en el proceso de tratamiento; (b) fomentar un buen funcionamiento de la familia, a través de la comunicación y la construcción de una relación positiva; (c) mejorar la efectividad de los padres para tratar con el abuso de sustancias y los comportamientos que acompañan al consumo de drogas; y (d) evaluar el compromiso de la familia con el proceso de recuperación y sugerir cambios en la forma que la familia afronta los problemas.

26. Family Integrated Transitions Multisystemic Therapy (MST-FIT) - Terapia familiar multisistémica integrada a transiciones

Se aplica en hombres y mujeres adolescentes de 13-17 años, en contexto del hogar.

La MST-FIT es una versión enriquecida de la Terapia Multisistémica, que es provista en el formato de un manual y diseñada para responder a una amplia variedad de necesidades biopsicosociales de adolescentes que presentan trastornos mentales concurrentes y trastorno por consumo de sustancias. Está dirigida a adolescentes y sus familias que se encuentran en transición desde programas de tratamiento residencial o de tratamiento recibido en un establecimiento correccional. Las metas primarias de este enfoque es disminuir la tasa de comportamientos antisociales y otros problemas clínicos, para prevenir el reingreso de los adolescentes a tratamiento residencial o que sean encarcelados.

IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

1. Relación Terapéutica

La vinculación es un proceso de construcción de un lazo emocional que caracteriza el mundo relacional de las personas.

El vínculo terapéutico tiene una gran relevancia en el logro de los cambios que puede experimentar un niño, niña o adolescente, facilitando principalmente el cambio emocional y concretamente los aspectos relacionados al enganche, apoyo, acogida y empatía. Es fundamental que este cambio se dé en un contexto caracterizado por un ambiente relacional facilitador.

De acuerdo a Barudy, una relación terapéutica tiene las siguientes características:



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

- a) Estructura: la o el terapeuta debe promover una relación nutricia y estructurante, de manera que la estructura permite que la relación sea predecible y consistente, permitiendo al niño, niña y adolescentes sentirse seguro, protegido y confiado. A la vez, la estructura debe ser suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades de cada persona;
- b) Sensibilidad: el o la terapeuta debe ser sensible a las necesidades, sentimientos y funcionamiento interno de cada niño, niñas o adolescente;
- c) Empatía: el o la terapeuta debe ser capaz de ponerse en el lugar del otro, siendo cálido, receptivo y mostrando una actitud de cuidado hacia el otro;
- d) Afecto positivo: el o la terapeuta debe mantenerse en una actitud positiva, principalmente cuando la otra persona está actuando su sufrimiento, sin identificarse con lo agresivo o destructivo que pueda expresar la persona, modelando el desarrollo de afectos positivos;
- e) Apoyo: el o la terapeuta provee una ayuda temporal externa, ajustada a las necesidades y capacidades de cada uno;
- f) Reciprocidad: el o la terapeuta promueve en la persona una relación recíproca de respeto y sensibilidad mutua;
- g) Amor: referido a la habilidad de sentir un cuidado especial y genuino y un compromiso con otro ser humano.

Desde esta perspectiva, el vínculo terapéutico cumpliría las siguientes funciones: entrega soporte, tranquiliza, reorganiza, conecta recursos internos y externos, cambia el locus de control, permite abordar los patrones de conducta del otro, posibilita el surgimiento de la confianza y la bondad básica.

2. Trabajo en Red

Se plantea que el desarrollo, articulación y fortalecimiento de vínculos entre los distintos equipos, organismos e instituciones sociales en una red que permita apoyar y complementarse en la intervención, será de especial importancia en el abordaje y desarrollo del proceso de tratamiento para población en alta vulnerabilidad social, ya que permite acercar las diversas alternativas necesarias para la integración social de las personas con mayor vulneración de derechos y ausencia de oportunidades. En particular, la articulación con la red de salud, equipos SENAME u otros implica el desarrollo de acciones coordinadas que potencien el impacto de las intervenciones.

El trabajo en red implica para los equipos de intervención asumir el desafío de situar a la persona usuaria en el centro de una trama de intervenciones diversas; que surgen de la naturaleza de cada institución.

3. Modelo y estrategia que sustentan la intervención motivacional

a. Modelo Transteórico



=====

TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

=====

Para comprender los comportamientos del consumo de sustancias y las dificultades que las personas presentan para abandonar conductas que ponen en riesgo su salud, el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente, permite reconocer diversos momentos de disposición o motivación para cambiar, lo que facilita la intervención de los equipos de salud. En la medida que el profesional o técnico logra identificar el estadio motivacional que presenta una persona en un momento dado, puede desarrollar estrategias específicas que han demostrado tener mayor resultado y por ende facilitan la intervención. En esta ocasión, es necesario considerar las características de la población a la cual irán dirigidas estas estrategias, en tanto los adolescentes presentan variaciones frecuentes en sus estados afectivos y motivacionales propios de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, por lo que el modelo transteórico representa un marco de referencia y debe ser utilizado con flexibilidad al momento de aplicar a los adolescentes o a lo menos debe re-evaluarse el estadio motivacional cada vez que se toma contacto con el/la joven de manera de verificar cada vez cuál es su disposición motivacional.

Este modelo pretende cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de dependencia (o la conducta que sea necesario cambiar), hasta que ese problema deja de existir. Es un modelo tridimensional que integra estadios (cómo es la secuencia de cambio), procesos (cuáles son los procesos subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención). La importancia del modelo en la práctica clínica es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino si se adecúa al momento temporal (estadio) en el que se encuentra el usuario, y conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio.

b. Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una forma de intervención psicosocial, destinada a facilitar que las personas modifiquen sus hábitos o conductas.

Se define como un estilo de comunicación colaborativo y orientado a una meta, que presta una atención particular al lenguaje de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso hacia una meta específica, y utiliza para esto, la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona para el cambio en una atmósfera de aceptación y compasión.

Esta estrategia es coherente con las características de los adolescentes y con la necesidad de ejercer su independencia y tomar sus propias decisiones, así como de hacer un proceso reflexivo, conectando con sus propias motivaciones y argumentos para la generación de los cambios.



Su fundamento teórico asume que la persona se encuentra en ambivalencia respecto de su decisión de cambio, por lo que el profesional implementa un estilo empático, desarrolla las discrepancias de manera no confrontacional y estimula la autoeficacia

La ambivalencia que experimenta la persona que se propone hacer un cambio, es la pieza nuclear a la que debe destinarse el esfuerzo terapéutico para el logro de un cambio constructivo. Y la entrevista motivacional -un enfoque no autoritario destinado a ayudar a las personas a que dejen vía libre a sus motivaciones y recursos- es una técnica poderosa para superar la ambivalencia y ayudar a las personas en su motivación hacia el cambio.

c. Prevención de recaídas

Es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para consumidores problemáticos de cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo están basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Las personas aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas. Las estrategias se focalizan en el fortalecimiento del autocontrol. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto vigilancia para reconocer los deseos de consumo lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de droga y el desarrollo de estrategias para que la persona evite el consumo.

Modelo Ocupación Humana.

Sus conceptos abordan la motivación para la ocupación, la formación de patrones rutinarios de ocupaciones, la naturaleza del desempeño experimentado y la influencia del ambiente sobre la ocupación. Sus premisas son las siguientes³³:

- El comportamiento es dinámico y dependiente del contexto. Vale decir, las características de una persona interactúan con el ambiente para crear una red de condiciones que influyen en la motivación, las acciones y el desempeño.
- La ocupación resulta esencial para la autoorganización. Es decir, al hacer cosas, las personas mantienen o modifican sus capacidades y generan experiencias continuas que afirman o remodelan su motivación. Por lo tanto, las características de las personas reflejan lo que han hecho en el pasado. El modelo considera el tratamiento como un proceso por el cual las personas son ayudadas a hacer cosas para modelar sus capacidades, auto conceptos e identidades.

³³ Programa Aplicación del enfoque del Modelo de Ocupación Humana en programa de tratamiento de drogas y alcohol para adolescentes infractores de ley, usuarios del PALLuis Cárdenas, Corporación Servicio Paz y Justicia (SERPAJ) Chile de la comuna de Valparaíso – ~~QUIM~~ MADO RAZÓN



El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) se articula alrededor del concepto de "Comportamiento Ocupacional", el cual se clasifica en diferentes áreas: autocuidado, productividad y ocio, tiempo libre y juego. El comportamiento ocupacional se iría desarrollando a través de la vida de una persona, hasta lograr un equilibrio ocupacional sano.

Este modelo entiende la conducta ocupacional de una persona como consecuencia de la interacción entre el sistema humano, la tarea y el entorno, lo cual genera una red de condiciones ocupacionales que aguantan al comportamiento ocupacional. Además, este comportamiento ocupacional es fluido e imprevisible.

El *entorno* es considerado desde un punto de vista amplio, integrando diversos niveles que se organizan jerárquicamente (objetos, eventos, entorno físico, grupos sociales y cultura). El entorno puede favorecer o limitar las oportunidades para que el comportamiento ocupacional se produzca. Este modelo, asume que la ocupación que desempeña un individuo junto con el entorno en el cual la desarrolla, tienen el mismo peso que los motivos o las capacidades subyacentes para explicar de qué forma la persona puede desempeñar tal ocupación. Junto con esto, plantea los siguientes postulados³⁴:

- Las características de la persona y del entorno se unen en un todo dinámico.
- La ocupación refleja la influencia de las características de la persona y el medio ambiente.
- Las capacidades, motivaciones y patrones de desempeño se mantienen y varían en función de su participación en ocupaciones.

Este modelo da importancia a la motivación de cada sujeto por desempeñar una ocupación, el patrón de vida ocupacional, la dimensión subjetiva del desempeño y la influencia que tiene el ambiente sobre la ocupación³⁵.

Este Modelo, propuesto por Kielhofner G., conceptualiza al ser humano como un ente formado por tres elementos^{36 37}:

1. La Volición: hace referencia a las disposiciones emocionales y cognitivas respecto a las ocupaciones (valores, disfrute y competencia al desempeñarlas), así como a las disposiciones que se adquieren mediante la práctica permitiendo anticipar

³⁴ Máster Universitario en Drogodependencias. Terapia Ocupacional Aplicada al Ámbito de las Drogodependencias: Tratamiento y Recaída están Ligados cuando no se Acompaña de la Ocupación. Víctor Amor Rodríguez.

³⁵ Revista Chilena de Terapia Ocupacional ISSN 0719-5346 Vol. 15, N°2, diciembre 2015 CONTEXTO Y ELECCIONES OCUPACIONALES DE ADOLESCENTES QUE SE IDENTIFICAN COMO HOMOSEXUALES Camila Avillo G.2, Binti Barrientos B.3, Jacinta Fernández P.4, Constanza Matus B.5, Constans Olivares O.6, Rodolfo Morrison J7.

³⁶ Máster Universitario en Drogodependencias. Terapia Ocupacional Aplicada al Ámbito de las Drogodependencias: Tratamiento y Recaída están Ligados cuando no se Acompaña de la Ocupación. Víctor Amor Rodríguez.

³⁷ Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones G. ROJO MOTA Trastornos Adictivos. 2008; 10(2):88-97.

TOMADO RAZÓN



Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

experiencias futuras que genera cada persona como actor en el mundo. Kielhofner la define como "un conjunto de disposiciones y autoconocimiento que predispone y permite a las personas anticipar, elegir e interpretar el comportamiento ocupación". La volición es clasificada en tres subsistemas:

- a. Causalidad Personal: autoconocimiento de las propias capacidades y eficacia en las ocupaciones (sentido de control sobre nuestro comportamiento y sobre los resultados que queremos producir para ese comportamiento).
 - b. Valores: creencias o ideas que las personas mantienen acerca de lo que es deseable, apropiado, bueno o malo, en su entorno cultural; estas creencias, en tanto son relevantes para el individuo, dirigen su conducta hacia metas.
 - c. Intereses: placer o satisfacción en el desempeño de ocupaciones.
2. Habitación: es el proceso mediante el cual la ocupación se organiza en patrones y rutinas³⁸. Kielhofner G., describe dos conceptos para explicar la habitación:
- a. Hábitos: tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares;
 - b. b) roles: concepto que emerge del reconocimiento de una identidad social particular y de las obligaciones personales relacionadas. junto con las consiguientes actitudes y comportamientos que conlleva.
3. Capacidad de Desempeño: tiene que ver con las habilidades físicas y mentales que se utilizan en el desempeño de una ocupación con propósito. Estas dependen de los siguientes aspectos:
- a. Los componentes objetivos: físico (sistema musculoesquelético, sistema nervioso, sistema cardiopulmonar); y, mental (habilidades de procesamiento, perceptivo-motoras y de interacción social).
 - b. La experiencia subjetiva.

El ambiente (físico y social) y la cultura impactan en la persona, otorgando gran influencia en sus ocupaciones. Todos estos componentes se interrelacionan entre sí dando lugar al comportamiento ocupacional.

El proceso de diagnóstico es permanente durante la intervención con el consultante. Elaborar el Diagnóstico ocupacional considera los siguientes aspectos)³⁹:

³⁸ Guzmán, M., & Reyes, M. (2016). Fortalezas y desafíos ocupacionales de jóvenes y adultos que asisten a un programa de recuperación de adicciones. Revista Ocupación Humana, 16 (1), 44-55.

³⁹ Programa Aplicación del enfoque del Modelo de Ocupación Humana en programa de tratamiento de drogas y alcohol para adolescentes infractores de ley, usuarios del PAI Luis Cárdenas, Corporación Servicio Paz y Justicia (SERPAJ) Chile de la comuna de Valparaíso – Chile



TOMADO RAZÓN

Por orden del Contralor General de la República

Fecha : 14/04/2021

Carlos Frias Tapia

Contralor Regional

- Comprender el perfil ocupacional de la persona que permita enfocar las áreas específicas de la ocupación y sus contextos que requieren ser abordadas;
- Observar el desempeño de la persona en ocupaciones y necesidades y actividades deseadas, prestando atención a la efectividad en el desempeño de habilidades y patrones de desempeño;
- Interpretar datos de las evaluaciones para identificar aspectos que apoyan o entorpecen el desempeño; y
- Desarrollar hipótesis acerca de las fortalezas y debilidades en el desempeño ocupacional de la persona.

A nivel de metodología de tratamiento, el MOHO propone una metodología integral que incorpore los diferentes componentes implicados en el desempeño ocupacional de la persona. Postula, que todos los cambios son impulsados por la implicación y participación de la persona en ocupaciones. Dicho de otra forma, los individuos que forman parte de un proceso terapéutico hacen, piensan y sienten bajo ciertas condiciones ambientales, aquellas en las que se desarrolla la intervención terapia ocupacional. Es decir, la terapia ocupacional se conceptualiza como un proceso mediante el cual las personas participan en ocupaciones que dan forma a sus habilidades, moldean sus rutinas de hacer y generan los pensamientos y sentimientos sobre sí mismos.

Desempeño ocupacional de adolescentes con trastornos por uso de sustancias

En relación con los adolescentes, Kielhofner (2004, citado en 1)⁴⁰, señala que esta etapa se caracteriza por un impulso creciente para el desarrollo de la autonomía, por lo cual deben aprender a realizar exitosamente elecciones de actividad y ocupacionales que les entreguen satisfacción personal y significado, mientras cumplen las expectativas ambientales en expansión.

Algunos estudios⁴¹ han encontrado un alto nivel de disfunción ocupacional en las áreas de identidad ocupacional, competencia ocupacional y ambientes de comportamiento ocupacional. Asimismo, se observarían dificultades en la estructuración de rutinas, en el cumplimiento de las demandas y expectativas de sus roles ocupacionales y la presencia de factores de riesgo hacia el consumo de sustancias. Esto, permitiría afirmar que el consumo de sustancias psicoactivas influye en el comportamiento ocupacional del adolescente⁴².

Otro estudio realizado con adolescentes escolarizados que usan sustancias (5), señala que estos jóvenes presentan una historia ocupacional disfuncional, la cual se encontraría

⁴⁰ Barrera, C., Camaro, M., Contreras, M., Jaimes, M; Comportamiento Ocupacional en Adolescentes Consumidores y en Riesgo de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Departamento de terapia Ocupacional, Universidad de Pamplona.

⁴¹ Barrera, C., Camaro, M., Contreras, M., Jaimes, M; Comportamiento Ocupacional en Adolescentes Consumidores y en Riesgo de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Departamento de terapia Ocupacional, Universidad de Pamplona.

⁴² Barrera, C., Camaro, M., Contreras, M., Jaimes, M; Comportamiento Ocupacional en Adolescentes Consumidores y en Riesgo de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Departamento de terapia Ocupacional, Universidad de Pamplona



tanto en la identidad como en la competencia ocupacional y los ambientes de comportamiento ocupacional. Ahora bien, aun cuando las diferentes esferas relacionadas con el desempeño ocupacional se encontrarían con algún nivel de disfunción o dificultad, fue posible identificar en las escalas algunos aspectos funcionalmente competentes y otros que eran más disfuncionales, y aspectos que se encontraban menos alterados que otros y que se debieran favorecer.

De acuerdo con Farías et al (2010, citado en 5)⁴³, cuando existe un trastorno por uso de sustancias en el adolescente, éste realizaría una elección equivocada de las ocupaciones, las cuales pueden encontrarse por sobre o bajo de sus habilidades, lo cual puede evocar frustración o un bajo nivel de satisfacción en la actividad. En este sentido, al no realizar una correcta elección de sus ocupaciones en relación con sus habilidades, no habrían encontrado significado y satisfacción en su estilo de vida, lo cual incidiría en responsabilizar a otros de sus fracasos y sentimientos de frustración al no alcanzar lo que deseaban.

En el estudio citado⁴⁴ los adolescentes logran cumplir con las expectativas de algunos roles y con sus estándares personales, pero en algunas ocasiones se evidencian dificultades para sentirse satisfechos con su estilo de vida pasado, lo cual les impide alcanzar estos estándares. Además, existiría falta de motivación para remediar sus errores.

IV. Trayectoria de la atención

La trayectoria de la atención es el camino que todo usuario debería recorrer al solicitar e ingresar a tratamiento por consumo de alcohol y otras drogas. En la trayectoria de atención existen ciertos procesos clínicos claves, considerados críticos para el ingreso y mantención en tratamiento y la obtención de mejores resultados en el tratamiento.

Estos procesos claves son:

- a) Recepción
- b) Evaluación inicial
- c) Evaluación integral
- d) PTI y actualizaciones
- e) Egreso
- f) Seguimiento

A continuación se describe cada uno de ellos.

a) Recepción

⁴³ Arcos, A., Jurado, o., Mojombay, Á., Ramos, M. y Santacruz, K. (2016). Comportamiento ocupacional en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas escolarizados de Pasto. *Revista Fedumar Pedagogía y Educación*, 3(1), 183-197

⁴⁴ Arcos, A., Jurado, o., Mojombay, Á., Ramos, M. y Santacruz, K. (2016). Comportamiento ocupacional en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas escolarizados de Pasto. *Revista Fedumar Pedagogía y Educación*, 3(1), 183-197.

TOMADO RAZÓN



Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

130

El contacto inicial es central y contribuye a disminuir las barreras de acceso a tratamiento, favoreciendo la oportunidad de tratamiento. Hacer accesible el servicio es central para una atención efectiva.

Para asegurar que este sea un proceso adecuado, es muy importante que la persona que lo realice cuente con habilidades y conocimientos que le permitan efectuar una buena acogida, empática y amable, entregando información y orientación pertinente y motivando a que la persona asista a una primera entrevista.

En el caso de la población infantoadolescente, es frecuente que sea otra persona, familiar o adulto significativo, quien consulte. En estos casos es fundamental realizar una recepción acogedora y adecuada tanto para el adulto como para el niño, niña o adolescente.

Para ello es importante que las instituciones cuenten con personal con competencias para cumplir esta labor.

En este marco, es relevante que cada equipo desarrolle y protocolice procedimientos orientados a favorecer una buena recepción.

Algunas sugerencias para incorporar en estos procedimientos se encuentran en el documento “Prácticas técnico administrativas que fomentan el acceso y retención en el tratamiento” (SENDA, 2017).⁴⁵, disponible en: <http://www.bibliodrogas.gob.cl:8000/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6004>.

b) Evaluación inicial (evaluación y confirmación diagnóstica):⁴⁶

Esta etapa del proceso corresponde, en muchos casos, a la primera intervención que realiza el equipo clínico con la persona consultante, por ende, es un momento crítico para la generación de una alianza terapéutica que facilite la adherencia a un programa.

El objetivo principal de esta intervención será determinar la presencia de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, indagar en la motivación para el tratamiento e identificar el nivel de severidad y/o urgencia del problema y el servicio requerido. Dependiendo del resultado de la evaluación inicial, se podrá ofrecer a la persona ingresar a atención en el mismo programa o bien ser referido a otro dispositivo.

Quien efectúe la evaluación deberá tener en consideración que es posible que las personas hayan sido referidas por otros equipos, contando con un tamizaje y/o evaluación previa cuyos resultados podrán integrar en este proceso.

Es fundamental que quien realice la acogida y la evaluación inicial cuente con habilidades comunicacionales, conocimientos y competencias requeridas para la realización de una evaluación rigurosa de la situación de consumo y formación en entrevista motivacional, que le permita desplegar un estilo empático, aceptando la

⁴⁵<http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prácticas%20Técnico-Administrativas%20que%20fomentan%20el%20Acceso%20y%20la%20Retención%20en%20el%20Tratamiento.pdf>.

⁴⁶ Para mayor información revisar documento de evaluación inicial SENDA (2020).



ambivalencia como parte del proceso y evitando la confrontación.

Considerando que habrá personas que requieran la derivación a otro dispositivo, será relevante que los equipos cuenten con un protocolo de derivación, que orienten el procedimiento a seguir.

En esta instancia se evalúan las siguientes dimensiones:

1. **Uso de sustancias:** Esta dimensión indaga acerca del uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, tipo de sustancias usadas, frecuencia e intensidad del uso, problemas asociados identificados por la persona e indicadores clínicos de trastorno por uso de sustancias.

También se indaga si la persona ha intentado reducir o abstenerse del uso de la sustancia que percibe que le ocasiona mayores problemas, el éxito obtenido en ese esfuerzo y si ha participado en tratamientos previos. Además, se indaga el riesgo de presentar un síndrome de privación severo.

2. **Necesidades de salud física y mental:** Se indaga si la persona presenta antecedentes de enfermedades físicas crónicas y si está en tratamiento, ya que la presencia de enfermedades físicas crónicas no tratadas pueden ser un riesgo para la salud de la persona usuaria o complicar el tratamiento (National Institute on Drug Abuse, 2012).

También se indaga si el usuario presenta antecedentes de trastornos mentales agudos y/o crónicos y si está en tratamiento para el manejo de trastornos de salud mental crónicos.

Se incluye en esta dimensión un breve tamizaje de riesgo suicida (Deady et al., 2015; MINSAL. 2013), toda vez que la literatura indica que las personas que presentan trastorno por uso de alcohol presentan un riesgo mayor de suicidio que la población general, y las personas que presentan trastornos por uso de drogas ilegales tienen un riesgo aumentado de ideación e intentos suicidas (Center for Substance Abuse Treatment, 2009; Deady et al., 2015).

3. **Disposición para el cambio de comportamientos y motivación para ingresar a tratamiento:** En esta dimensión se indaga la disposición motivacional que la persona tiene respecto al cambio de comportamiento de consumo de sustancias y sobre su disposición a ingresar a un tratamiento. Se consulta si la persona presenta disposición para generar cambios, si está tomando ya algunas acciones, y se indaga si desea ingresar a tratamiento o se siente presionado para ello.

4. **Ambiente de recuperación (apoyo familiar y apoyo social):** En esta dimensión se indaga si la persona cuenta con apoyo familiar u otra figura significativa para



participar en un tratamiento y si alguno de los miembros de su familia usa sustancias en la actualidad y si ha buscado tratamiento.

También se indaga acerca de situaciones de riesgo del contexto familiar, educativo y laboral, según corresponda, y se consulta por las estrategias y recursos que la persona pone en práctica para enfrentar/disminuir esos riesgos.

Con el fin de facilitar la toma de decisiones para determinar el nivel de cuidados que requiere el usuario se incorporan posibles alternativas a considerar:

➤ **Tratamiento Ambulatorio Intensivo:**

Dimensión Evaluada	Características
Uso de sustancias	<p>Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia; No está experimentando síndrome de privación significativo, o tiene un riesgo mínimo de síndrome de privación severo; Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento. Presenta déficit de habilidades de prevención, y necesita monitoreo y apoyo.</p>
Salud mental y física	<p>Ninguna o está estable o se trata en un nivel de cuidados menos intensivo. Esos problemas son manejables en este Nivel y presenta uno o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta un riesgo bajo de daño y está suficientemente seguro entre las sesiones; - Los problemas interfieren en forma leve, pero se requiere fomentar la adherencia al tratamiento; - Discapacidad leve o moderada, pero puede asumir responsabilidades; - Dificultades moderadas con las actividades de la vida diarias, y requiere monitoreo e intervenciones cercanas/diarias; - Su historia, combinada con la situación actual, predice la necesidad de intervenciones casi diarias.
Disposición para el cambio	<p>Requiere monitoreo constante o apoyo algunas veces en la semana para promover el progreso a través de las fases del cambio.</p>
Ambiente de recuperación	<p>El ambiente del adolescente es un obstáculo para su recuperación, y el adolescente requiere monitoreo constante o</p>



TOMADO RAZÓN

Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

	apoyo para superar esas barreras.
--	-----------------------------------

➤ **Tratamiento Residencial**

Dimensión Evaluada	Características
Uso de sustancias	Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia; Riesgo de síndrome de privación moderado a severo; Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento.
Salud mental y física	Ninguna o estable, o está recibiendo monitoreo médico concurrente cuando es necesario; Y presenta uno o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Se encuentra estable o en riesgo de daño moderado; - Interferencia moderada a severa que requiere un tratamiento residencial para apoyar el enganche con el tratamiento; - Dificultades moderadas a severas con las actividades diarias, que requieren supervisión las 24 horas del día y asistencia de mediana intensidad del equipo profesional; - Su historia, combinada con la situación actual, predice inestabilidad sin un tratamiento residencial.
Disposición para el cambio	El adolescente necesita estrategias motivacionales intensivas en un programa estructurado de 24 horas, para fomentar el enganche con el tratamiento, o para abordar la ausencia de reconocimiento de sus problemas de salud y/o adaptación social.
Ambiente de recuperación	El ambiente es un impedimento para su recuperación, debido a lo cual requiere tratamiento residencial para promover metas de recuperación.

Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)

Dimensión Evaluada	Características
Uso de sustancias	Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia; Riesgo de síndrome de privación moderado a severo. Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento.



Salud mental y física	<p>Ninguna o estable, o está recibiendo monitoreo médico concurrente cuando es necesario; Y presenta uno o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se encuentra estable o en riesgo de daño moderado; - Interferencia moderada a severa que requiere un tratamiento residencial para apoyar el enganche con el tratamiento; - Discapacidad moderada a severa que no puede ser manejada en un nivel menos intensivo de cuidados; - Dificultades moderadas a severas con las actividades diarias, que requieren supervisión las 24 horas del día y asistencia de mediana intensidad del equipo profesional; - Su historia, combinada con la situación actual, predice inestabilidad sin un tratamiento residencial.
Disposición para el cambio	El adolescente necesita estrategias motivacionales intensivas en un programa estructurado de 24 horas, para fomentar el enganche con el tratamiento, o para abordar la ausencia de reconocimiento de sus problemas de salud y/o adaptación social.
Ambiente de recuperación	El ambiente es un impedimento para su recuperación, debido a lo cual requiere tratamiento residencial para promover metas de recuperación.

Criterios para la toma de decisión de la Modalidad/Intensidad de los Cuidados para las personas usuarias que presentan Trastorno por Uso de Sustancias

Debe tenerse en consideración lo siguiente:

- 1) Se recomendará a la persona usuaria el programa menos intensivo o menos restrictivo que más probablemente la ayude a recuperar su salud.
- 2) Se referirá a la persona usuaria a un servicio de alta intensidad médica/psiquiátrica solamente cuando ésta presente problemas psiquiátricos y/o médicos que requieran de tratamiento especializado que no se puede resolver en un nivel de menor complejidad.
- 3) El hecho que una persona usuaria esté en situación de calle no es una razón suficiente para ingresar a un programa residencial. El tratamiento en régimen residencial no debiera ser ofrecido como un servicio de vivienda/alojamiento.



=====

TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

=====

La modalidad/intensidad de los cuidados puede ser entendida como un **continuo**, desde modalidades de Baja intensidad a Elevada intensidad; que responden a las necesidades, limitaciones y obstáculos del usuario; y a las fortalezas, recursos y estructura de apoyo de la persona usuaria.

Por lo tanto, una persona que no ha respondido favorablemente a un nivel de baja intensidad en los cuidados requerirá transitar a un nivel de mayor intensidad terapéutica con el fin de mejorar los resultados de su proceso. Del mismo modo una persona que ha sido tratado en un programa residencial deberá descender en la intensidad de sus cuidados a un programa ambulatorio una vez cumplidos los objetivos terapéuticos.

- **Evaluación integral**⁴⁷:

El hito de ingreso a tratamiento se da con el consentimiento informado, el cual es un proceso de entrega de información por parte del equipo a la persona para que ésta pueda tomar una decisión responsable respecto a ingresar o no a tratamiento, quedando establecido la posibilidad de revocar cuando lo estime necesario.

Al ingresar a tratamiento la primera acción será la realización de una evaluación clínica integral, cuyo objetivo será identificar tanto las necesidades como los recursos de la persona en distintos ámbitos, estableciéndose un diagnóstico biopsicosocial que oriente las acciones e intervenciones a desarrollar, en conjunto con la persona usuaria, posteriormente en el plan de tratamiento individualizado.

Para la realización de la evaluación integral, es fundamental recopilar información de otras instituciones que se encuentren trabajando con el niño, niña o adolescente y de programas de tratamiento anteriores o del programa que lo haya derivado. En el caso que el usuario venga derivado de otro programa de tratamiento y cuente con evaluación integral, corresponde la actualización de la misma, no es necesario realizar nuevamente una evaluación integral completa.

Para el diseño del plan de tratamiento individualizado el tipo y la calidad de la información obtenida en el proceso de evaluación será fundamental, para el ajuste a las necesidades y características particulares del usuario/a.

Se entenderá la *Evaluación Integral* de las personas que ingresan a tratamiento como **un proceso flexible, abierto y dinámico**.

El cual se lleva a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas y con la aplicación de instrumentos, como una estrategia de apoyo para el levantamiento de información,

⁴⁷ Para mayor información revisar documento de Evaluación Integral (SENDA, 2020).



siempre en el contexto de la entrevista. La entrevista se comprende como un espacio de encuentro y oportunidad para la construcción de alianza terapéutica en el marco de las relaciones de ayuda.

Los **propósitos** de la Evaluación Integral son los siguientes (UNODC, 2009; NTA, 2006):

- a) Evaluar las necesidades, los problemas y los recursos, que presenta la persona en diversas áreas o dimensiones que son relevantes en el tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de sustancias: patrón del uso de sustancias, condiciones de la salud física y mental, rasgos de personalidad y temperamento, motivación, capitales y competencias laborales, condición de empleo actual, integración familiar y social, transgresión de la norma social, circunstancias sociales y culturales, así como participación en tratamientos previos.
- b) Entregar información para la formulación del Plan de Tratamiento Individual.
- c) Proporcionar información de la receptividad a la influencia social de la persona para individualizar la alianza terapéutica y fomentar la adherencia al tratamiento (Norcross y Wampold, 2011; UNODC, 2009).

Las Áreas Principales de la Evaluación Integral son las siguientes:

- Uso de sustancias: Contexto histórico personal y familiar del uso de sustancias, uso de sustancias antes de ingresar a tratamiento, consecuencias negativas percibidas por la persona usuaria y antecedentes de tratamientos anteriores.
- Salud Mental y Física:
 - a) Trastorno de salud mental comórbido: Es relevante evaluar el estado de la salud mental actual de la persona que ingresa a tratamiento, ya que la investigación ha mostrado, por ejemplo, que la población de personas heterosexuales y la población LGBTI⁴⁸ con trastorno por uso de sustancias presentan una elevada prevalencia de trastornos de salud mental comórbidos.
 - b) Funcionamiento psicológico. Este ámbito evalúa aspectos del funcionamiento psicológico que impactan los resultados del tratamiento (Joe et al. 2002): auto-estima, auto-eficacia y toma de decisiones (población usuaria adulta); se agregan otros ámbitos en la evaluación de las personas usuarias adolescentes⁴⁹.
 - c) *Funcionalidad cognitiva (función ejecutiva)*: Se sugiere apoyar la entrevista clínica con la administración de instrumentos de tamizaje para identificar tempranamente a las personas que ingresan a tratamiento y que presentan indicadores de problemas cognitivos transitorios o permanentes (Llanero et

⁴⁸ Lesbiana, gay, bisexual, transgénero e intersexual.

⁴⁹ Un aspecto del funcionamiento psicológico son ~~rasgos de personalidad de la persona~~; véanse las sugerencias específicas para esa evaluación en los volúmenes 2 y 3 del documento de Evaluación Integral.



al., 2008; Racciati, 2013; Sofuoglu et al., 2013). Esta evaluación es esencial en la población de adultos mayores (Wadd et al. 2013).

d) Salud física: Es relevante, por lo tanto, **realizar una evaluación temprana de la salud física a todas las personas que ingresan a tratamiento**, hayan reportado o no necesidades en este ámbito. La evaluación de la Salud Física permitirá detectar problemas de salud o enfermedades que la persona desconoce o bien que conociendo, no han logrado ser atendidas. Los resultados de la evaluación orientarán la implementación de acciones para reducir o controlar los daños asociados y/o producidos por el uso de la sustancia, y junto con esto, constituye una oportunidad para fomentar hábitos saludables (Madrid Salud, 2015).

- Situación Familiar: El apoyo familiar resulta central en el proceso de recuperación de las personas que presentan consumo problemático de drogas. La familia puede movilizar a la persona a solicitar ayuda profesional e iniciar el proceso de cambio, acompañar en el alcance y mantención de logros terapéuticos y colaborar activamente en el desarrollo de estilos de vida saludables.
- Funcionamiento Social: se evalúan dominios del capital de recuperación de la persona que ingresa a tratamiento, necesarios para facilitar procesos de integración social. La evaluación en esta área permitirá obtener una línea base respecto de las necesidades de integración social, así como identificar las fortalezas y obstáculos que facilitan o dificultan este proceso. Del mismo modo, como sucede respecto de todas las áreas de evaluación, a partir de la información levantada con la persona usuaria y su familia, se insumará al diseño del Plan de Tratamiento Individualizado. En esta Área se sugiere evaluar los siguientes Ámbitos: Empleo y formación, Uso del tiempo, Apoyo social, Ciudadanía y participación social, Habitabilidad, Situación financiera y Necesidades relacionadas con la justicia.
- Tránsito a la norma:
La indagación en esta Área considera los siguientes ámbitos: Historia de transgresión a la norma social y comisión de delitos (generales), Pautas antisociales de la personalidad, pares antisociales, cogniciones antisociales, antecedentes de involucramiento en violencia intrafamiliar y agresión sexual.

Las áreas Transversales de la Evaluación Integral son las siguientes:

- Motivación para el cambio: a disposición motivacional para el cambio de comportamientos y la motivación para ingresar a tratamiento se relaciona con el enganche y la permanencia en tratamiento; es decir, es más probable que una



persona que percibe el uso de sustancias como un problema que afecta su vida o ya está realizando cambios en su uso de la sustancia, esté más dispuesta a ingresar y adherir a un tratamiento (Battjes et al., 1999; Joe et al., 1998, 2002; Hiller et al., 2002; Simpson et al., 1995; Wild et al., 2006).

- Fortalezas y recursos de la persona usuaria: La evaluación Integral de personas que ingresan a tratamiento desafía al equipo técnico a identificar -junto con las necesidades y problemas de intervención-, los recursos y las fortalezas de las personas y el medio en el que estas se desenvuelven.

- **Plan de tratamiento individualizado (PTI):**

Un aspecto central en el proceso terapéutico está relacionado con la elaboración del plan de tratamiento individualizado de la persona usuaria (PTI), el que se elabora a partir de la información recogida en la evaluación integral y es co-construido entre el equipo terapéutico y la persona y su familia, de acuerdo a sus necesidades y recursos. Las áreas consideradas deberán ser de acuerdo a las ya mencionadas en la evaluación integral.

El plan de tratamiento individualizado es la hoja de ruta que orienta las acciones e intervenciones del equipo terapéutico en relación al trabajo con la persona usuaria, implica, por ende, la participación de todos los intervinientes en su elaboración, implementación y evaluación, esto es la persona usuaria, familia o adulto significativo y otros equipos que estén trabajando con el usuario o usuaria (por ejemplo, equipos de protección de SENAME o sus colaboradores, instituciones educacionales, centros de atención primaria en salud, entre otros. El PTI detalla los pasos esenciales del tratamiento y describe el curso esperado de éste, implica la traducción de las necesidades, las fortalezas y los riesgos identificados, en un documento escrito que responde a la travesía de la persona en el proceso de recuperación. Los objetivos terapéuticos deberán ser relevantes para la persona, específicos, mensurables, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo⁵⁰.

Es importante que el plan de tratamiento individualizado sea consistente con el modelo de trabajo del programa y con la persona a la cual está dirigido, contemplando perspectiva de género, ciclo vital en el que se encuentra, pertinencia cultural, entre otros aspectos. Así como la incorporación de experiencias o intervenciones que hayan resultado exitosas y/o revisión de prácticas basadas en la evidencia.

Es, por ende, “un traje a la medida” de la persona.

⁵⁰ SENDA, 2016 “Sugerencias metodológicas para el diseño de planes de tratamiento individuales (PTI)”.
TOMADO RAZÓN



Con el objetivo de facilitar la elaboración de objetivos terapéuticos con enfoque SMART, se cuenta con un documento de apoyo, el cual se encuentra disponible en el siguiente link http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_7308.PDF.⁵¹

Una vez elaborado el plan de tratamiento, el equipo terapéutico irá trabajando con la persona cada uno de los objetivos allí propuestos. Este proceso implica estar continuamente monitoreando, en conjunto con la persona el cumplimiento de estos objetivos, pudiendo reformularse de no resultar pertinentes o abordables en este momento del proceso, esto implica por ende la actualización del plan de manera periódica, con una frecuencia máxima cada 3 meses.

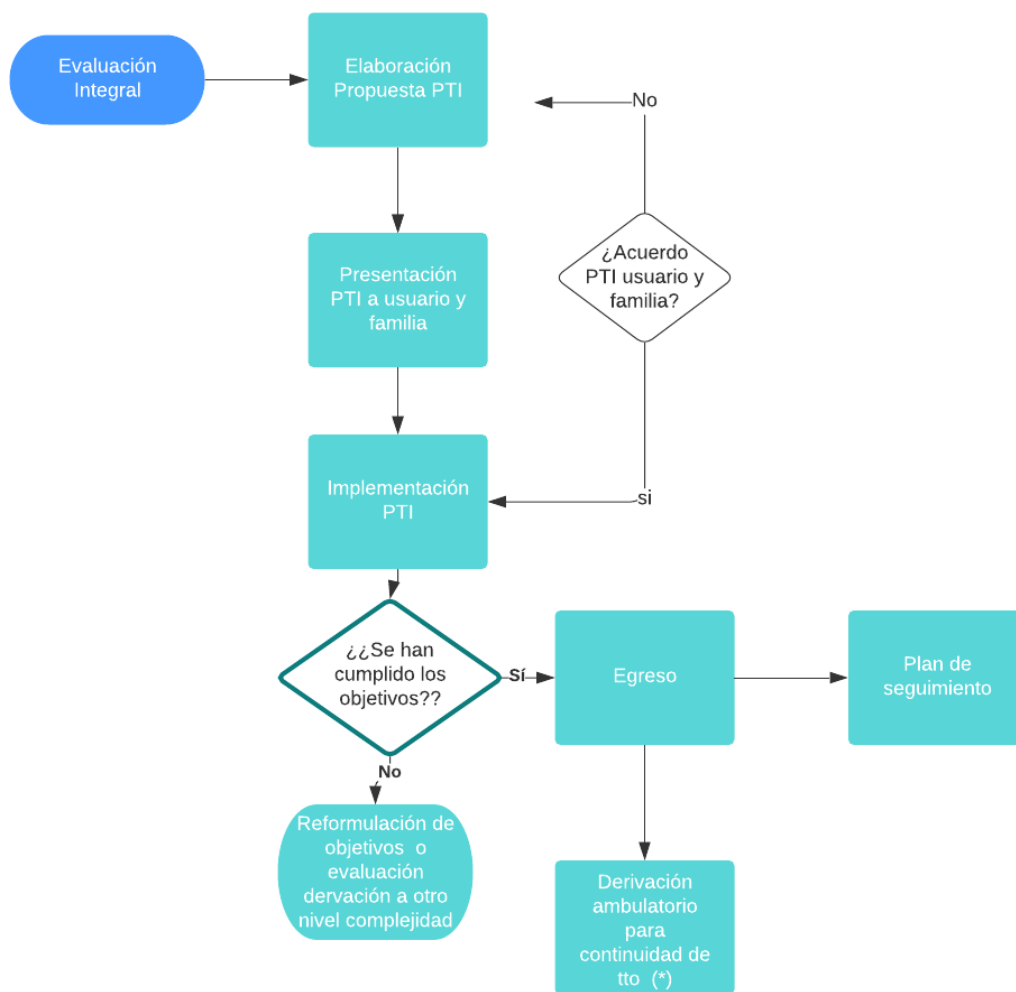
A continuación presentamos un flujograma orientador respecto al proceso de elaboración e implementación del plan de tratamiento individualizado.

Flujograma de Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)

⁵ SENDA, 2016 “Enfoque smart para el diseño de objetivos terapéuticos para el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas”.



TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional



* Esto en el caso de los programas residenciales.

- Preparación para el Egreso

Una vez cumplidos, parcial o totalmente, los objetivos terapéuticos propuestos en el PTI, el equipo deberá comenzar a centrar sus esfuerzos en la preparación para el egreso de la persona que se encuentra en tratamiento, teniendo cada vez un mayor énfasis en el incremento de su autonomía e integración social de la persona.

En esta etapa uno de los objetivos consistirá en reforzar la relevancia en la continuidad de los cuidados, pudiendo ser derivado para continuar tratamiento en algún otro centro de tratamiento, o en otro dispositivo, dependiendo de las características y necesidades de la persona.

- Seguimiento:

El objetivo de esta etapa es promover y evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo e intervenir oportunamente en caso de presentar dificultades. Durante esta etapa el centro de tratamiento, en conjunto con él o la usuaria y su familia o adulto significativo, crearán un plan de seguimiento, en



TOMADO RAZON

Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

el que establecerán la frecuencia y tipo de contacto, tanto con la persona como con su familia, para monitorear el estado de avance en el que se encuentra, entregando contención y apoyo, reforzando los cambios producidos y motivándolo a continuar en ellos. Este plan de seguimiento facilita de esta manera, que la persona sostenga los cambios en el tiempo.



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

MARCO NORMATIVO

Un aspecto fundamental a considerar para la implementación del tratamiento con población infantoadolescente dice relación con la normativa legal vigente asociada. En orden cronológico, las normativas son:

1. Decreto N°466, Reglamento de farmacias, droguerías, almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados (publicado en 1985 y actualizado en 2013);⁵²
2. Decreto N°830, Promulga la Convención de los Derechos del Niño (1990);⁵³
3. Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría (2003).⁵⁴
4. Decreto N°4, Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas (2009);⁵⁵
5. Ley 19.628 sobre protección de la vida privada (publicada en 2009 y actualizada en 2011);⁵⁶
6. Ley 20.584 de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (publicada 2012, actualizada 2015);⁵⁷
7. Decreto N°31, Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud (2012);⁵⁸
8. Decreto N°35, Reglamento sobre el procedimiento de reclamos de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención de salud (2012);⁵⁹
9. Decreto N°41, Reglamento de Fichas Clínicas (2012)⁶⁰.
10. Ley 20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad).⁶¹
11. Ley 20.609 (sobre Medidas Contra la Discriminación).⁶²
12. Decreto N°40 del Ministerio de Salud, de 2012. Aprueba Reglamento sobre Requisitos básicos que deberán contener los Reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención de salud de las personas de la ley No 20.584.⁶³

Es relevante considerar, como parte de los procesos de inducción y actualización de profesionales y técnicos, la revisión de los documentos mencionados y considerar las

³ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=13613>

⁵ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=15824>

⁴ <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e5abf67b3f5395e04001011f017d2e.pdf>

⁵ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010082>

⁶ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599>

⁵ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

⁸ <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8933.html>

⁹ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1046010>

⁶ <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8937.html>

⁶ <https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>

⁸ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>

⁶³ <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-8936.html>



TOMADO RAZÓN

Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

futuras actualizaciones o modificaciones que estas normativas puedan tener o de nuevas normativas que puedan ser promulgadas.

PROTOCOLOS MÍNIMOS REQUERIDOS

Los protocolos son herramientas fundamentales que determinan la forma de actuar de un equipo y establecen responsables de cada una de las acciones a desarrollar ante situaciones específicas, de manera orientar y homogeneizar la respuesta ante un mismo evento, independiente de qué miembro del equipo lo realice.

Los protocolos mínimos con los que debe contar un equipo de tratamiento para población infantoadolescente con consumo problemático de alcohol y otras drogas son:

1. Protocolo de rescate de usuarios que presentan inasistencias reiteradas;
2. Protocolo de manejo de crisis, descompensación del cuadro clínico y/o del síndrome de abstinencia;
3. Protocolo de prevención, identificación y control de VIH – SIDA, Hepatitis y TBC;
4. Protocolo de prevención del suicidio;
5. Protocolo de manejo de situaciones de vulneración de derechos;
6. Protocolo de administración de medicamentos.

Además, de acuerdo a lo consignado en el Decreto N°4, todo centro de tratamiento debe contar con un *Plan de emergencia y de prevención de riesgos*, que incluya los procedimientos de evacuación y uso y control de la vigencia de extintores para casos de accidentes y emergencias, el que debe ser conocido por el personal y usuarios.

Para más información:

- Superintendencia de Salud (2013) “Elaboración y gestión de documentos para el proceso de acreditación en salud: recomendaciones para prestadores institucionales”. Disponible en el link: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8549_recurso_1.pdf.
- MINSAL (2013) “Norma General Administrativa n° 027 Programa nacional de prevención de suicidio: Orientaciones para la implementación. Disponible en https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- ONEMI, “Guía básica para el diseño de un plan de emergencia”. Disponible en el link: https://www.preventionweb.net/files/28726_quabsicaparaeldiseodeunplandeemerg_e.pdf
- ACHS. Disponible en el link: https://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/newsletters/pymes-achs-al-dia/Paginas/PLAN_DE_PREVENCION.aspx



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 3 A

DECLARACIÓN JURADA PERSONA NATURAL

En Santiago de Chile, a _____de _____de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, declara bajo juramento lo siguiente:

- a) No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta son veraces y exactos, estando conforme con los términos de la presente licitación pública.

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 3 B

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA

En Santiago de Chile, a ____ de _____ de _____, don/doña
identidad N° _____, representante legal de
R.U.T _____, viene en declarar bajo juramento que la persona jurídica a la que
representa:

- a) No se encuentra afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta, son veraces y exactos, estando conforme con los términos de la presente licitación pública.

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 4A

**DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA NATURAL SOBRE DEUDAS
LABORALES Y PREVISIONALES CON SUS TRABAJADORES**

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña
_____, cédula nacional de
identidad N° _____, declara bajo juramento lo siguiente:

No registro saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con
mis actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, en
los términos del inciso 2° del artículo 4°, de la Ley N° 19.886, de 2003, de Bases sobre
Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 4 B

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA SOBRE DEUDAS LABORALES Y PREVISIONALES CON SUS TRABAJADORES

En Santiago de Chile, a ____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, representante legal de _____, R.U.T _____, viene en declarar bajo juramento, que tanto el (la) que suscribe como la persona jurídica a la que representa:

No registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, en los términos del inciso 2° del artículo 4°, de la Ley N° 19.886, de 2003, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 4 C

DECLARACIÓN JURADA DE SALDOS INSOLUTOS DE DEUDAS LABORALES O PREVISIONALES

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, *representante legal de* (la cursiva en caso de personas jurídicas) _____, R.U.T _____, viene en declarar bajo juramento, *que la persona jurídica a la que representa* (la cursiva en caso de personas jurídicas):

Registra saldos insolutos a causa de deudas laborales o previsionales con sus trabajadores actuales o con aquellos trabajadores contratados en los dos últimos dos años, ascendente a la suma de \$ _____

Señalar los antecedentes que justifiquen el monto de la deuda:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 5 A

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA NATURAL SOBRE INHABILIDADES PARA CONTRATAR

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, declara bajo juramento lo siguiente:
No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso sexto, de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 5 B

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA SOBRE INHABILIDADES PARA CONTRATAR

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña
identidad N° _____, representante legal de

_____,
R.U.T _____, viene en declarar bajo juramento, que tanto el (la) que suscribe
como la persona jurídica a la que representa:

1. No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso sexto, de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

2. La entidad que represento no ha sido condenada a alguna de las penas establecidas en los artículos 8° y 10 de la Ley N° 20.393 que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho, que le impida celebrar actos o contratos con organismos del Estado.

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N°6

FORMULARIO DE INDIVIDUALIZACION DE GARANTÍA
(Depósito a la vista o Vale vista)

Licitación Pública ID N° _____
Línea de servicio _____
Señalar si es Depósito a la vista o Vale Vista _____
N° de Depósito a la vista o Vale Vista _____
Nombre del Oferente o entidad a que Representa _____

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO N° 7
FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE VACANCIA

Yo _____,
RUN _____, en mi calidad de Representante Legal del Centro o Programa _____, por medio de la presente, informo a Ud. la siguiente situación de vacancia en equipo técnico profesional correspondiente a línea de servicio n° _____ de la licitación ID _____

Vacancia _____ Definitiva _____ Temporal

a. Cargo:	
b. Título académico:	
c. Nombre del Profesional o técnico	
d. Número de horas cronológicas semanales destinadas al Programa	
e. Fecha de Cese de funciones (vacancia definitiva)	
f. Periodo de Ausencia (vacancia temporal)	
g. Mecanismo de suplencia (en caso de vacancia definitiva, considerar suplencia hasta la autorización por SENDA de nuevo profesional o técnico)	



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO 8

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE PROPUESTA DE CAMBIO PERSONAL OFERTADO

Yo _____, RUN _____, en mi calidad de Representante Legal de _____, por medio de la presente, informo a Ud. que, respecto a la situación de vacancia del profesional/técnico:

Cargo		
Título académico		
Nombre del Profesional o técnico		
N° de horas cronológicas semanales destinadas al programa		

Se propone como reemplazo al siguiente profesional/técnico:

Cargo	
Título académico	
Nombre del Profesional o técnico	
N° de horas cronológicas semanales destinadas al programa	

Se adjunta Currículo Vitae (en formato definido en Licitación) y Certificado de Título correspondiente.



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====



ANEXO 9

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE **INHABILIDADES PARA TRABAJAR CON MENORES DE EDAD**

La persona que suscribe, en su calidad de representante legal de la entidad denominada _____, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 20.594 que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades, declara bajo juramento que la entidad que representa ha revisado en el registro de Inhabilidades para trabajar con menores de edad del Registro Civil e Identificación de Chile, a todos los trabajadores señalados en la propuesta técnica presentada para esta licitación pública y que estos no se encuentran inhabilitados para trabajar con menores de edad.

En (____) , a (_____) de 2021
(Ciudad), (Fecha)

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

Anexo 10

Pauta de Renovación de contrato



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

PAUTA DE EVALUACIÓN TÉCNICA PARA LA RENOVACIÓN DE CONTRATO

Nombre Centro:

Programa:

Fecha Aplicación Pauta:

Tipo de Plan:

DIMENSIÓN	ÁMBITO	Elemento medible	Características a evaluar	Fórmula de cálculo indicador	Verificador	Umbral de cumplimiento
Derechos de personas Usuaris	Consentimiento Informado (CI)	Procedimiento de implementación de consentimiento informado.	<p>Procedimiento escrito que debe explicitar los siguientes contenidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marco conceptual que aborde elementos relativos a los derechos de las personas, particularmente en lo referido al acceso o ingreso voluntario a tratamiento, participación en la definición de su plan terapéutico, derecho a la información, la autodeterminación, entre otros. 2. Especificar la información y la modalidad en que ésta se entregará, que deberá contener al menos las características del programa, las normas internas y derechos de los usuarios 3. Que la obtención del CI debe realizarse a todas las personas que ingresan a tratamiento. 4. Definición de responsable(s) de la obtención del CI 5. Participación de familiar, tutor y/o 	$1) \frac{\text{N}^\circ \text{ de características cumplidas}}{\text{N}^\circ \text{ de características}} * 100$	Documento que describe procedimiento de implementación de consentimiento informado.	100%



TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

Derechos de personas Usuaris			adulto significativo, en el caso de menores de 18 años			
			<p>6. Formato o formulario de CI, que debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Firma del usuario/a y adulto cuando corresponda. - Establecer que recibió y comprendió la información entregada sobre: carácter voluntario del ingreso a tratamiento, características y objetivos del programa de tratamiento, normas del programa, derechos y deberes, confidencialidad e información que podría entregarse a otros programas para resguardar la continuidad de cuidados. 			
		Consentimiento Informado aplicado	Formato o formulario de Consentimiento presentado en documento de procedimiento de implementación del CI, firmado en ficha clínica	2) N° de fichas clínicas con consentimiento informado firmado/ N° de fichas clínicas revisadas ⁶⁴ *100	Consentimiento informado firmado en Ficha Clínica	100%

⁶⁴ Se deberá contar con una muestra de al menos 5 fichas clínicas, las que serán aleatoriamente seleccionadas al momento de la visita.



=====

TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

=====

	Gestión de reclamos	Procedimiento de gestión de reclamos.	Procedimiento escrito que debe explicitar los siguientes contenidos: 1. Especificación de los medios para efectuar reclamos y su disponibilidad. 2. Definición de responsables de la gestión de reclamos 3. Periodicidad en la revisión de los reclamos 4. Plazos de respuesta de acuerdo a los medios establecidos previamente, no pudiendo ser en un período mayor a lo establecido por ley vigente.	3) N° de características cumplidas/N° de características *100	Documento que describe procedimiento de gestión de reclamos.	100%
		Resultados de gestión de reclamos	1. N° de reclamos 2. N° de respuestas 3. Tiempos de respuesta	4) N° de reclamos respondidos/N° de reclamos recibidos *100 5) N° de reclamos respondidos en el plazo establecido/ N° de reclamos respondidos *100	Reporte de gestión de reclamos	90%
	Satisfacción usuaria	Procedimiento de implementación de la Evaluación de la Satisfacción Usaria con instrumento OPOC	Procedimiento escrito que debe explicitar los siguientes contenidos: 1. Definición de responsable de la aplicación del instrumento 2. Frecuencia con que se aplicará el instrumento 3. Elementos a considerar para resguardar el anonimato de los instrumentos aplicados 4. Elementos a considerar para resguardar la voluntariedad para	6) N° de características cumplidas/N° de características *100	Documento que describe procedimiento de implementación de la Evaluación de la Satisfacción Usaria	100%



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====

			<p>responder el instrumento</p> <p>5. Elementos a considerar para otorgar facilidades y apoyo durante la aplicación del instrumento, según necesidades de los usuarios.</p> <p>6. El procedimiento considera al menos evaluar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso / Ingreso al programa de tratamiento - Atenciones entregadas - Equipo terapéutico - Participación del usuario - Infraestructura 			
		Resultados Evaluación Satisfacción Usuaría	<p>1. N° encuestas realizadas en el período</p> <p>2. Principales resultados de cada uno de los aspectos evaluados.</p> <p>3. Análisis de los resultados</p>	7) N° de características cumplidas/Dos características *100	Reporte resultados obtenidos	100%
Gestión Clínica	Evaluación Integral	Procedimiento de implementación de Evaluación Integral	<p>Procedimiento escrito que debe explicitar los siguientes contenidos:</p> <p>1. Definición de responsable(s) de realizar la evaluación integral.</p> <p>2. Secuencia de acciones a realizar desde el ingreso a tratamiento que garanticen la realización de la evaluación integral en un periodo no mayor a tres meses.</p> <p>3. Descripción de Áreas de evaluación (Al menos uso de sustancias, salud física y mental, relaciones familiares, funcionamiento social y transgresión a la norma).</p>	8) N° de características cumplidas/ Características definidas *100	Documento que describe procedimiento de implementación de Evaluación Integral	100%



TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

		Aplicación de procedimiento de evaluación integral	Evaluación integral en ficha clínica que considera las áreas requeridas en los plazos establecidos.	9) N° ficha clínica con evaluación integral en el periodo/N° total fichas clínicas revisadas en el periodo ⁶⁵ *100	Evaluación integral en Ficha Clínica	80%
	Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).	Procedimiento de implementación de PTI	Procedimiento escrito que debe explicitar los siguientes contenidos: 1. Definición de responsable(s) de elaboración y seguimiento del PTI 2. Descripción de: - Etapas para la elaboración del PTI - Metodología utilizada en la elaboración, - Revisión, monitoreo y actualización del PTI. 3. Plazos de monitoreo 4. Formato para el registro del PTI 5. Que el PTI debe encontrarse formulado dentro del primer mes posterior a contar con la evaluación integral.	10) N° de características cumplidas/N° de características *100	Documento que describe procedimiento de implementación de PTI	100%
		Aplicación de procedimiento de PTI	Plan de tratamiento individualizado en ficha clínica.	11) N° ficha clínica con PTI en el periodo/N° total fichas clínicas revisadas en el periodo*100	PTI en Ficha Clínica	80%
	Evaluación de	Resultados de retención y	Mantenimiento y/o Mejora en los ámbitos de retención y abandono.	12) % retención en el periodo 2 es	Reporte de	100%

⁶⁵ Seleccionar muestra a evaluar que considere que lleven ~~al menos 3 meses en tratamiento.~~-----



TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

	Resultados	abandono correspondientes a período julio-diciembre 2021 y periodo enero-junio 2022. ⁶⁶		igual o superior al % retención en el periodo 1. 13) % abandono en el periodo 2 es igual o inferior al % abandono en el periodo 1.	monitoreo resultados de retención y abandono de período establecido	100%
	Prestación médica	Prestación Médica entregada los primeros 60 días después del ingreso.	Presencia de prestaciones médico/psiquiátricas en el reporte SISTRAT.	14) N° usuarios con al menos 1 prestación médica y/o psiquiatra dentro de los primeros 60 días desde la fecha de ingreso/total usuarios ingresados en el periodo*100	Reporte de prestación médica / psiquiátrica, extraído base de datos SISTRAT	100%
Acceso, Oportunidad y Continuidad de Cuidados (AOC)	Continuidad de Cuidados	Procedimiento de referencia y contra referencia que favorece la continuidad de los cuidados	Procedimiento escrito que debe explicitar los siguientes contenidos: 1. Definición de responsable(s) de realizar procesos de referencia y contra referencia 2. Descripción de red de derivación (establecimientos) y procedimientos establecidos para la referencia. 3. Formulario de referencia 4. Definición de información que debe acompañar a los usuarios.	15) N° de características cumplidas/N° de Características definidas *100	Documento de procedimiento de referencia y contrarreferencia	100%

⁶⁶ Periodo1: Considera julio a diciembre 2021. Periodo 2: ~~enero a junio 2022.~~-----



TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

			5. Definición de acciones a realizar en el período de espera para el ingreso del usuario al programa referido.			
	Acceso y retención	Implementación de estrategias que favorecen acceso.	Implementación de al menos una estrategia técnico-administrativa para favorecer el acceso y monitoreo de la implementación de la estrategia.	16) Estrategias implementadas para favorecer el acceso.	Informe de implementación de estrategias para favorecer el acceso	100%
		Implementación de estrategias que favorecen retención	Implementación de al menos una estrategia técnico-administrativa para mejorar la retención y monitoreo de la implementación de la estrategia.	17) Estrategias implementadas para favorecer la retención.	Informe de implementación de estrategias para favorecer la retención	100%
RRHH	Conformación de Equipo de Tratamiento del programa	Presencia de equipo de tratamiento de acuerdo a propuesta adjudicada.	Disponibilidad de equipo de tratamiento de acuerdo a propuesta adjudicada.	18) N° profesionales y técnicos del programa/ profesionales y técnicos propuestos en licitación *100	Declaración jurada simple (original) de cada integrante del equipo	100%

Cumplimiento de indicadores de evaluación:



=====

TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

=====

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Cumplimiento																		

Evaluación Final	Marcar X	Comentarios
Aprueba		
No Aprueba		

**Nombre y Firma Encargado de Tratamiento
SENDA Regional**

**Nombre y Firma Representante
SEREMI Salud**



=====

TOMADO RAZÓN
 Por orden del Contralor General de la República
 Fecha : 14/04/2021
 Carlos Frias Tapia
 Contralor Regional

=====

**ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE EN EL PORTAL
WWW.MERCADOPUBLICO.CL**

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

Documento firmado digitalmente por CARLOS FRANCISCO CHARME FUENTES

Fecha 08-04-2021 14:11:27

Santiago, Chile

Este documento cuenta con una firma electrónica avanzada según lo indica la ley N° 19.799.

Para verificar su validez debe acceder a <https://sidoc.senda.gob.cl/consulta> e ingresar el siguiente código:

3fee43aee1c4d0df35dddc188c258d712f2d5dbb



=====

TOMADO RAZÓN
Por orden del Contralor General de la República
Fecha : 14/04/2021
Carlos Frias Tapia
Contralor Regional

=====