



Orientaciones Técnicas

Tratamiento integral del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental con adolescentes y jóvenes en el marco de la Ley 20.084

ÍNDICE

Presentación

Capítulo I. Bases Generales del Programa de Tratamiento Integral

1. Antecedentes generales

- 1.1. Marco normativo y estratégico
- 1.2. Antecedentes epidemiológicos
- 1.3. Caracterización de las personas usuarias

2. Fundamentos Teóricos

- 2.1. Salud Mental y Determinantes Sociales de la Salud
- 2.2. Desarrollo evolutivo en la Adolescencia y la adultez temprana
- 2.3. Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes y jóvenes
- 2.4. Enfoque de recuperación del consumo problemático de alcohol y otras drogas
- 2.5. Conceptualización sobre la variable infracción de ley

3. Modelo de Atención

- 3.1 Marco general de Integración en la Red de Salud
- 3.2. Continuo de cuidados en el ámbito del uso de sustancias
- 3.2 Programa de Tratamiento por consumo problemático de drogas
- 3.4 Modalidades de Tratamiento

Capítulo II. Lineamientos Técnicos para la atención Integral

1. Flujograma de los procesos de atención

2. Procedimientos de Detección de Consumo de Alcohol y Otras Drogas

- 2.1 Aplicación de Instrumento de Tamizaje e intervención motivacional
- 2.2 Derivación asistida a Confirmación Diagnóstica

3. Hitos de la Trayectoria de la Atención

- 3.1 Recepción
- 3.2 Evaluación Inicial y Confirmación Diagnóstica
- 3.3 Ingreso a Tratamiento
- 3.4 Evaluación Integral
- 3.5 Elaboración del Plan de Tratamiento o de Cuidados Individualizado
- 3.6 Implementación del Plan de Tratamiento o de Cuidados Individualizado
- 3.7 Preparación para el Egreso de Tratamiento
- 3.8 Seguimiento post egreso

4. Aspectos transversales de la intervención terapéutica

- 4.1. Recomendaciones para la continuidad de cuidados
- 4.2. Consideraciones sobre la edad de las personas usuarias
- 4.3. Incorporación de familiares y personas adultas significativas
- 4.4. Complementariedad en la intervención con los equipos de sanciones y medidas

Bibliografía

Anexos

Presentación

El presente documento es resultado de un trabajo impulsado desde el Área de Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), que se ha desarrollado, de manera conjunta y coordinada, con el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores, Gendarmería de Chile y el nuevo Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, en el contexto de la Mesa Nacional del Convenio de Colaboración Técnica del *Programa de Tratamiento integral del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental con Adolescentes y Jóvenes en el Marco de la Ley 20.084*.

Desde esta Mesa Nacional y los equipos que intervienen directamente se ha observado la necesidad de contar con orientaciones técnicas actualizadas que contengan los múltiples cambios presentados y asentados desde la entrada en vigencia de la ley de responsabilidad penal adolescente (LRPA) a la fecha. En este sentido, los cambios en cuanto a modelos conceptuales, miradas sobre la salud mental y abordajes asociados a los procesos de recuperación e integración social, han nutrido las prácticas y elaborar un documento que reconozca aquello ha sido una tarea desafiante y muy necesaria.

Durante los últimos años, entró en vigencia la ley sobre Garantías y Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia, instalando un nuevo el marco para las intervenciones con esta población y para el trabajo intersectorial; se han presentados desarrollos teóricos y de abordaje en materia de justicia juvenil y derechos, concretados a través de la puesta en marcha del nuevo Servicio Nacional de Reinserción Juvenil; se han generado avances en materia de salud, materializados a través de documentos como el Plan Nacional de Salud Mental, el modelo de gestión de la red temática de salud mental y se ha iniciado la implementación del sistema intersectorial de salud integral con énfasis en salud mental (SISI). Todo lo anterior orientado a garantizar el respeto y promover el ejercicio de los derechos de las personas y, particularmente en temas de salud, instalar y fortalecer servicios de salud mental accesibles, equitativos y resolutivos de las necesidades de las personas y, en este caso, de los adolescentes y jóvenes bajo la LRPA, entregando una respuesta oportuna, idónea y de calidad.

Así, este documento tiene por objetivo brindar lineamientos y directrices técnicas actualizadas, que guíen y orienten el accionar de los equipos de los programas y centros de tratamiento para adolescentes y jóvenes con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cumplen sanción o medida en el marco de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, considerando a prestadores públicos y privados en convenio con SENDA.

Junto con lo anterior, se espera que las presentes orientaciones técnicas sirvan de referencia para los distintos equipos de la red de salud y programas que ejecutan sanciones y medidas u otros que trabajen de manera articulada con los equipos de tratamiento y que, en el marco de dicha coordinación, requieran conocer los fundamentos técnicos y los elementos claves de los procesos de recuperación del trastorno por uso de alcohol y otras drogas en esta población.

En el proceso de elaboración de este documento, se ha buscado integrar la experiencia acumulada en los procesos de gestión y asesoría interinstitucional, los conocimientos técnicos y la mejor evidencia disponible en materia de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas en adolescentes y jóvenes que han cometido infracción de ley. Asimismo, se han incorporado las actualizaciones derivadas de los avances y modificaciones de las normativas de nuestro país, tanto en materia de responsabilidad penal y derechos de niños, niñas y adolescentes, como también, en el ámbito de Salud.

Las presentes orientaciones técnicas ponen énfasis en las particularidades de la población objetivo, considerando su condición de alta vulnerabilidad y complejidad biopsicosocial, que requiere de un enfoque integral y continuo de atención, mediante modalidades de tratamiento diferenciadas e individualizadas, desarrolladas en permanente articulación con los equipos ejecutores de sanciones y medidas judiciales, y orientadas al desarrollo de capacidades y capitales de recuperación, a mejorar las condiciones de integración social y el bienestar de las personas usuarias.

El documento se divide en dos capítulos:

Capítulo 1: Bases Generales del Programa de Tratamiento Integral.

Este capítulo se contextualiza en los marcos normativos y jurídicos, y en los fundamentos teóricos y conceptuales sobre los que se sustenta el Programa de Tratamiento, incorporando una revisión de los antecedentes epidemiológicos y de caracterización de la población objetivo del programa, describiendo el modelo de atención en el marco del continuo de cuidados en salud.

Capítulo 2: Lineamientos Técnicos para la Atención Integral.

Este capítulo presenta las recomendaciones para los procesos de detección y derivación previos al ingreso a tratamiento, la descripción de los hitos claves de la trayectoria de la atención y, finalmente, la consideración de algunos aspectos transversales de la intervención con esta población.

Con el objeto de facilitar y dar mayor fluidez a la lectura de este documento, se ha definido el uso de las siguientes abreviaciones o siglas:

AJ	Adolescentes y Jóvenes
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SRJ	Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil
MINSAL	Ministerio de Salud

GENCHI	Gendarmería de Chile
LRPA	Ley de Responsabilidad Penal Adolescente
PAI ML	Programa Ambulatorio Intensivo en Medio Libre
PAI MP	Programa Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de libertad
PR ML	Programa Residencial en Medio Libre
UHCIP MP	Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo de libertad
UHCIP ML	Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre
SISI	Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.
IRC	Internación en Régimen Cerrado con Programa de Reinserción
LAE - IP	Libertad asistida especial con internación parcial
IP	Internación Provisoria
LAE	Libertad asistida especial
LAS	Libertad asistida simple
SBC	Servicio en beneficio de la comunidad y reparación del daño
SA	Salida alternativa
MSA	Medida salida alternativa
CIP	Centro de Internación Provisoria
CRC	Centro de Régimen Cerrado

Capítulo I. Bases Generales del Programa de Tratamiento

1. Antecedentes Generales

1.1. Marco Normativo y Estratégico

La atención en salud, a lo largo de todo el curso de vida, se fundamenta en derechos y principios, que establecen garantías para las personas, en base a los marcos normativos tanto nacionales como internacionales, que involucran compromisos de Estado y tienen un carácter de obligatoriedad.

En la implementación del Programa de Tratamiento, materia de las presentes Orientaciones Técnicas, deberán considerarse los tratados internacionales que reconocen los Derechos Humanos de AJ, así como, las políticas públicas del país con sus correspondientes marcos legales y estratégicos vigentes, que garantizan la protección y ejercicio de derechos, destacando las normativas que a continuación se señalan.

I. Convención Sobre los Derechos del Niño

La *Convención Sobre los Derechos del Niño*, firmada en 1989 y ratificada por Chile en 1990, reconoce que las personas menores de 18 años tienen derechos fundamentales que deben ser respetados, ejercidos y promovidos. Dentro de estos derechos se señalan: alcanzar un pleno desarrollo físico, mental y social; expresar libremente su opinión sobre los asuntos que les afecten; recibir protección, cuidados y asistencias especiales que garanticen su inclusión en la vida social; en ausencia de cualquier tipo de discriminación y en resguardo de todas las formas de malos tratos, entre otros derechos.

En lo que respecta a la salud, la Convención establece el derecho de toda persona, NNA, a una vida segura y sana, al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a los servicios sanitarios y médicos requeridos. Especialmente, con respecto a las personas NNA que han visto vulnerados sus derechos o que se encuentren privados de libertad por causas judiciales, se señala que resulta fundamental abordar las barreras que producen inequidades en salud, así como también, reducir los factores que limitan el acceso a los servicios, por medio de políticas y programas intersectoriales.

II. Ley N° 21.430, Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

En el marco de la normativa nacional, cobra especial relevancia la revisión de la Ley sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (Ley N.º 21.430) promulgada el año 2022, y que establece importantes avances en el reconocimiento y resguardo del ejercicio de los derechos humanos de esta población.

La ley crea el *Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia*, integrado por el conjunto de políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, cultural y social de NNA, hasta el máximo de los recursos de los que pueda disponer el Estado. (Art. N.º 1).

En el artículo N.º 16 de la ley, relativo a la “Prioridad”, se establece que los órganos del Estado deberán entregar la debida prioridad a NNA en la formulación y ejecución de las políticas públicas, y en el acceso y atención de los servicios sociales, sean estos públicos o privados. Especial prioridad tendrán NNA que han visto vulnerados sus derechos y adolescentes con infracción de ley, en la atención en los servicios de salud y rehabilitación de drogas y alcohol. Los órganos del Estado, en el ámbito de sus competencias, y hasta el máximo de los recursos disponibles, deben tener en especial consideración el diseño y ejecución de normativas, políticas, servicios y prestaciones destinadas a la promoción, protección y garantía de los derechos de NNA, procurando priorizar su financiamiento en sus respectivos presupuestos.

III. Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.

La Ley N°20.084, de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA), en vigencia desde junio del 2007, establece un sistema que regula la responsabilidad penal de los adolescentes por los delitos que comentan, el procedimiento para la averiguación y establecimiento de dicha responsabilidad, la responsabilidad, la determinación de las sanciones procedentes y la forma de ejecución de éstas. (Art.1, inciso 1). Para tales efectos, se considera adolescentes y están sometidos a esta Ley quienes hayan dado principio de ejecución de un delito siendo mayores de 14 años y menores de 18 años.

La normativa determina las sanciones y su forma de ejecución, garantizando el pleno respeto por los principios contenidos en la Convención por los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales sobre la aplicación de medidas y sanciones con adolescentes en conflicto con la ley penal. Respecto de la finalidad de las sanciones, estas deben tener por objeto hacer efectiva la responsabilidad de AJ por los hechos delictivos que cometan de tal manera que la sanción forme parte de una intervención socioeducativa amplia y orientada a su plena integración social (Art. 20).

Esta Ley establece un amplio catálogo de sanciones, tanto privativas de libertad como ejecutadas en el medio libre, de forma de entregar opciones alternativas a la privación de libertad, considerando la etapa de desarrollo vital de AJ, estableciendo mecanismos de gradualidad según gravedad y compromiso delictual.

Específicamente, en materia de consumo problemático de alcohol y otras drogas, esta ley en su artículo 7, determina la sanción accesoria de la obligación de someterse a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol. Asimismo, indica el deber de asegurar el acceso a tratamiento voluntario para los AJ a través de los artículos 14 y 17 (indicadas para Libertad Asistida Especial y régimen cerrado respectivamente).

IV. Ley N° 21.527, que crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil e introduce modificaciones a la Ley N° 20.084.

La Ley N° 21.527, promulgada en diciembre de 2022, crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, en adelante SRJ, siendo este un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Esta ley determina el momento en que el Servicio Nacional de Menores dejará de administrar la oferta de RPA, en un proceso progresivo que culmina el año 2026¹

Uno de los aspectos que mayor relevancia adquiere en esta nueva normativa, se relaciona con el fortalecimiento del abordaje intersectorial de la reinserción social de AJ sujetos a esta Ley, mediante el desarrollo de programas que contribuyan al abandono de toda conducta delictiva, a la integración social de los sujetos de atención y a la implementación de políticas de carácter intersectorial en la materia (Art. 2). Además, esta normativa establece el principio de innovación, buscando integrar de manera permanente la innovación que provenga de su propio ejercicio y de la iniciativa pública y privada para mejora de la calidad (Art. 9).

Esta nueva normativa establece el principio de coordinación pública (Art. 8) que propenderá a la unidad de la acción estatal, de esta manera SRJ coordinará la atención adecuada y oportuna de los órganos de la Administración del Estado competentes que se requiera para el cumplimiento de las medidas y sanciones, los que serán responsables de la provisión y pertinencia de las prestaciones requeridas. Para la correcta implementación de las derivaciones y protocolos de trabajo emanados por los Comités Operativos Regionales, *“cada organismo o servicio que entregue prestaciones a los sujetos de atención del Servicio deberá designar, para el cumplimiento de esa función, al menos, un funcionario dentro de su personal”*.

A través de la implementación de una Política Nacional de Reinserción Social Juvenil elaborada por el Consejo Nacional de Reinserción Social Juvenil y aprobada por el Presidente, se operativiza en un Plan de Acción Intersectorial a cinco años, a cargo de la Comisión Coordinadora Nacional² quien se lo presenta al mencionado Consejo para su aprobación y seguimiento (Art. 24; 23).

Además, en cada una de las regiones existen los Comités Operativos Regionales (Art. 27), quienes tendrán la responsabilidad de implementar en la respectiva región el mencionado Plan de Acción

¹ La Ley N° 21.527 tendrá una implementación gradual: comenzando en enero de 2024 en la macro zona norte del país, incluyendo las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Coquimbo; a partir de enero de 2025, en la macro zona sur, integrada por las regiones del Maule, Ñuble, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes y, por último, desde enero de 2026, en la macro zona centro, comprendida por las regiones de Valparaíso, Metropolitana y O'Higgins.

² La señalada Comisión Coordinadora estará conformada por los Jefes Superiores de las siguientes instituciones, las cuales tendrán representantes a nivel regional que participarán en los Comités Regionales: Subs. de Derechos Humanos; Subs. de Redes Asistenciales; Subs. de Salud Pública; Subs. de Educación; Subsecretaría de la Niñez; Subsecretaría de Prevención del Delito; Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; Servicio Nacional de Capacitación y Empleo; Instituto Nacional del Deporte; Gendarmería de Chile.

Intersectorial, el cual puede incorporar objetivos propios del territorio. Para ello deberá: coordinar la implementación del Plan; generar una estrategia de redes que permita ejecutar el Plan con pertinencia; conocer y resolver situaciones particulares de carácter técnico que requieran respuesta intersectorial; y gestionar la resolución de situaciones particulares asociadas a la cobertura o a otras restricciones relativas a la disponibilidad de la oferta requerida, y que tengan implicancia intersectorial.

Esta nueva normativa modifica algunas medidas y sanciones de la Ley N° 20.084. sustituye la sanción de internación en régimen semicerrado por la libertad asistida con internación parcial (LAE IP); elimina la sanción de multa; incorpora penas accesorias previstas en la ley de violencia intrafamiliar, así como aquellas que dicen relación con espectáculos de fútbol profesional.

Específicamente, en *materia de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas*, se deroga el art. 7 de la Ley 20.084, que establecía la sanción accesoria sobre la obligación de someterse a tratamiento. Si se mantienen vigentes los artículos 14 y 17, ya mencionados en el apartado anterior, que resguardan el acceso a tratamiento en forma voluntaria.

El nuevo Servicio cuenta con un modelo de intervención especializado (MIE) que pone como eje central de la gestión a los sujetos de atención, aumentando la calidad del funcionamiento de los programas e innovando con un programa de mediación penal y extendiendo su oferta con una estrategia de acompañamiento de postgreso, ambas con un fuerte apuesta en la integración de prácticas en la intervención en red intersectorial y social.

A su vez, el SRJ cuenta con el consejo de estándares y acreditación (CEA) que revisa, aprueba y evalúa el diseño de programas y acredita a los organismos que ejecutan medidas y sanciones en el medio libre. En el marco del desarrollo de la nueva institucionalidad, se espera que todas las nuevas directrices e implementaciones graduales, como el programa de mediación y la estrategia de acompañamiento postgreso, sean incorporadas por los programas de tratamiento como parte de la oferta RPA.

V. Ley N°21.331, sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

Por otra parte, en lo relativo a la atención en salud, debe contemplarse la Ley N.º 21.331, del año 2021, sobre el reconocimiento y protección de las personas en la atención de salud mental, del MINSAL. Dicho marco legal otorga importantes obligaciones y responsabilidades para responder a las necesidades de salud mental de la población, avanzando en el resguardo de los derechos humanos en esta materia.

A continuación, se indican algunos ámbitos regulados en esta normativa y que son, especialmente, relevantes para el Programa de Tratamiento que guía esta Orientación Técnica:

- **Autonomía progresiva³**

En el artículo 3, letra “f” de la Ley, se indica expresamente que, en las atenciones de salud mental, se debe actuar considerando “el respeto al desarrollo de las facultades de NNA y su derecho a la autonomía progresiva y a preservar y desarrollar su identidad”.

Esta práctica es ratificada en el artículo 25 de la misma ley, el que señala que “todo NNA tiene derecho a ser oído respecto de los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que éstos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico”, e indica explícitamente que esta definición es “sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad competentes”.

Adicionalmente, en el artículo Nº 4 de la misma ley, se indica que “las personas tienen derecho a ejercer el consentimiento libre e informado respecto a tratamientos o alternativas terapéuticas que les sean propuestos. Para tal efecto, se articularán apoyos para la toma de decisiones, con el objetivo de resguardar su voluntad y preferencias”.

En el artículo 9, numeral 4, se ratifica el derecho “a participar activamente en su plan de tratamiento, habiendo expresado su consentimiento libre e informado. Las personas que tengan limitaciones para expresar su voluntad y preferencias deberán ser asistidas para ello. En caso alguno se podrá realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad y preferencias”.

- **Atención interdisciplinaria y ambulatoria como primera alternativa terapéutica.**

La Ley 21.331 entrega directrices con respecto a principios y prácticas de atención en salud mental, que deben ser cumplidas, en el marco de la protección de los derechos de las personas que la requieran.

En el artículo 5 de la ley, se otorgan requerimientos técnicos esenciales, señalando que “el Estado promoverá la atención interdisciplinaria en salud mental, con personal debidamente capacitado y acreditado por la autoridad sanitaria competente. Se incluyen las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y demás disciplinas pertinentes”.

Además, la Ley mandata a hacer todos los esfuerzos necesarios para que la atención en salud mental sea ambulatoria, lo que reviste particular importancia en la atención de NNA, ya que toda instancia de hospitalización y/o de atención en una modalidad residencial implica un cambio abrupto en las rutinas diarias, desarraigo de sus espacios habituales en donde se desenvuelve la vida cotidiana, y separación de sus familias y figuras significativas.

³ El concepto de autonomía progresiva puede ser definido como “la capacidad de NNA de ejercer sus derechos a medida que se desarrollan mental y físicamente”.

- **Consideraciones relativas a la hospitalización psiquiátrica.**

En el art. 11, la normativa establece que “la hospitalización psiquiátrica es una medida terapéutica excepcional y esencialmente transitoria, que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles, dentro del entorno familiar, comunitario o social de la persona, con una visión interdisciplinaria y restringida al tiempo estrictamente necesario”.

Además, en el art.12 indica que “la hospitalización psiquiátrica no podrá indicarse para dar solución a problemas sociales, de vivienda o de cualquier otra índole que no sea principalmente sanitaria. Ninguna persona podrá permanecer hospitalizada indefinidamente en razón de su discapacidad y condiciones sociales”.

Por último, en el art. 13 señala que “la hospitalización psiquiátrica involuntaria afecta el derecho a la libertad de las personas, por lo que, sólo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio para la atención de un problema de salud mental, y exista una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros. De ningún modo la hospitalización psiquiátrica involuntaria puede deberse a la condición de discapacidad de la persona”.

En el caso de NNAJ, la hospitalización involuntaria debe ser evaluada exhaustivamente, para asegurar que los beneficios terapéuticos sean mayores que los potenciales riesgos. Se debe considerar, en todo caso, la opinión del NNA, valorando sus preferencias e incorporándolas, siempre que sea posible, al plan de tratamiento. Además, las hospitalizaciones involuntarias de NNA deben proceder principalmente en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría Infanto Adolescente.

- **Relativo a la prescripción de fármacos.**

El uso de fármacos para la atención en salud mental se encuentra regulado en el artículo 10 de la Ley 21.331, en el que se indica que “la prescripción y administración de medicación psiquiátrica se realizará exclusivamente con fines terapéuticos. La prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de evaluaciones profesionales pertinentes, debiendo la persona ser atendida periódicamente por el profesional competente”.

VI. Convenio de Colaboración Técnica

El Convenio de Colaboración Técnica, suscrito en el año 2023 entre SENDA, MINSAL, SENAME y GENCHI, establecido como continuidad de anteriores convenios suscritos por dichas instituciones, tiene como principal objetivo generar un trabajo interinstitucional coordinado y eficiente, que permita la articulación en red con el fin de promover y garantizar el acceso, la oportunidad y la continuidad del tratamiento para AJ que ingresan al sistema penal por la Ley N° 20.084 (Resolución exenta de SENDA N° 517, 10 de agosto del 2023).

Para tales fines, el Convenio indica que las responsabilidades asumidas por SENAME se harán extensivas al nuevo SRJ en su calidad de continuador legal.

El Convenio establece que el Programa de Tratamiento tiene por objetivo otorgar acceso y cobertura libre de copago a las personas usuarias con consumo problemático de alcohol y otras drogas, y que cumplen medidas o sanciones en el marco de la Ley 20.084, incluyendo en su población objetivo a personas:

- A. Sancionadas en medio libre o privativo de libertad, a quienes se les ha impuesto como sanción accesoria la obligatoriedad del tratamiento de alcohol y otras drogas⁴.
- B. Sancionadas con internación en régimen cerrado o semicerrado⁵, libertad asistida, libertad asistida especial o servicio en beneficio de la comunidad, que requieran tratamiento y accedan voluntariamente a ello.
- C. En calidad de imputadas, a quienes se les haya aplicado una medida cautelar personal, en medio libre o privativo de libertad, que requieran tratamiento y accedan voluntariamente a ello.
- D. En la calidad de imputadas, que hayan accedido a una suspensión condicional del procedimiento⁶, cuya condición sea: ingresar a un Programa de Salidas Alternativas (PSA) o someterse a un tratamiento por adicción al alcohol y drogas, o ingresar al programa Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD), que requieran tratamiento y accedan voluntariamente a ello.
- E. En cumplimiento de una sanción privativa de libertad en las secciones juveniles de recintos penitenciarios administrados por GENCHI, que requieran tratamiento y accedan voluntariamente a ello.

Normativas en la ejecución de sanciones y medidas en el marco de la LRPA

Considerando que el Programa de Tratamiento se implementa en un marco judicial, y que debe ejecutarse en directa coordinación con los centros y programas encargados de la ejecución de sanciones y medidas, cobra especial relevancia el conocimiento de las normativas emitidas por SENAME, SRJ y GENCHI en materias relativas al cumplimiento de sanciones y medidas, así como también, aquellas vinculadas con aspectos de seguridad y resguardo de la población que se encuentra en medio privativo de libertad, según corresponda.

⁴ En aquellos períodos y territorios del país en los que aún no haya entrado en vigencia la Ley N°21.527 que deroga el art. 7 de la Ley N° 20.084.

⁵ O, en su defecto, su sustitución por la sanción de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE IP).

⁶ De acuerdo a lo establecido en el art. 237 del Código Procesal Penal.

▪ **Normativas SENAME**

En este sentido, deben contemplarse las Orientaciones Técnicas elaboradas por el SENAME para el cumplimiento de Medidas y Sanciones en el medio privativo de libertad y en programas de medio libre, así como también, los documentos de apoyo técnico: Lineamientos Técnicos para el funcionamiento de Unidades de Salud en los CIP CRC (2015- 2016); Procedimientos de prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil (2019); Política para el abordaje de la diversidad sexual y de género en NNA atendidos por el SENAME (2021), entre otras resoluciones y directrices técnicas emanadas desde ese Servicio.

▪ **Normativas GENCHI**

En lo relativo, específicamente, a las secciones juveniles en los centros penitenciarios, se consideran las normativas y directrices emanadas desde GENCHI: Resolución N° 3.315 de 2008, que Aprueba el Manual de Funcionamiento de Secciones Juveniles, la Resolución N° 3.327 de 2009, que Modifica Resolución N° 3.315 y el Oficio N° 14.10.05.612 del año 2011, que instruye atención en salud en Secciones Juveniles.

En el ámbito de intervención especializada, el OF Ord: N° 46 de 2023, que instruye los lineamientos técnicos para el acceso y/o continuidad del tratamiento en las secciones juveniles, y las Orientaciones Técnicas remitidas, anualmente, por la Subdirección de Reinserción Social de GENCHI, que contienen lineamientos y énfasis en el ámbito de reinserción social y que sirven de base para las unidades técnicas regionales y los equipos locales. Esto, con el objetivo de organizar el trabajo y la supervisión técnica de los establecimientos penitenciarios donde se encuentren habilitadas secciones juveniles a nivel nacional.

▪ **Normativas SRJ**

El art. 29 de la Ley N°21.527 concibe el Modelo de Intervención como un “conjunto estructurado de acciones especializadas basadas en prácticas efectivas orientadas a modificar la conducta delictiva y a incidir en la plena integración social”. La ejecución de medidas y sanciones, en el marco de la implementación del SRJ, se realiza en conformidad a: la Res Ex N°008 de 6 septiembre 2023, que formaliza el acuerdo del Consejo de Estándares y Acreditación referido a la aprobación de estándares de funcionamiento para los diferentes programas.

Respecto de los diseños de programas según la Ley 20.084, las Normativas Técnicas para cada medida y sanción, emanadas desde el SRJ son las siguientes:

- Res Ex N° 031 de 10 noviembre 2023, aprueba Normas Técnicas de funcionamiento de los programas de Libertad Asistida Simple, Libertad Asistida Especial y Medida Cautelar Ambulatoria.

- Res Ex N° 032 de 10 de noviembre de 2023, aprueba Normas Técnicas de funcionamiento de los programas de Servicio en Beneficio de la comunidad, Reparación del Daño y Salidas Alternativas.
- Res Ex N° 071 de 16 febrero 2024, aprueba Norma Técnica de funcionamiento de Centros de Internación Provisoria.
- Res Ex N° 072 de 16 de febrero de 2024, aprueba Norma Técnica de funcionamiento de centros de cumplimiento de sanción de Internación en Régimen Cerrado con programa de reinserción social.
- Res Ex N°073 de 16 de febrero 2024, que aprueba norma técnica de sanción de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial.
- Res Ex N° 018 de 18 de octubre de 2023, que aprueba Modelo de Intervención Especializado, a que hace referencia el art. 29 de la Ley 21.527.
- Res Ex N° 036 de 20 de noviembre de 2023 que aprueba sistema de evaluación y toma de decisiones del modelo de intervención especializado del art. 29 de la ley 21.527.

A su vez, en el ámbito de la atención de salud de los centros privativos de libertad del SRJ, como continuador legal de SENAME, se cuenta con Lineamientos Técnicos para el funcionamiento de la Unidad de Salud, como dispositivo socio sanitario especializado ubicado al interior de centros privativos, cuya finalidad principal se orienta a actuar como primera línea de intervención ante necesidades de salud biopsicosociales de los y las AJ, incluyendo dentro de sus intervenciones la prevención y promoción para la salud.

VII. Norma técnica N° 85.

En lo referente específicamente al Programa de Tratamiento materia de las presentes Orientaciones Técnicas, debe contemplarse lo establecido en la Norma Técnica N° 85 del MINSAL para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, aprobada por Resolución Exenta N° 391, de 2006. La normativa fue elaborada por el MINSAL, en acuerdo con el Ministerio del Interior (a través de CONACE) y el Ministerio de Justicia (a través de SENAME), brindando las directrices para dar cumplimiento a la Ley N° 20.084 en materia de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, regulando los aspectos generales de la atención clínica en distintas modalidades de tratamiento para AJ, tanto en medio libre como en el contexto privativo de libertad.

VIII. Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025, del MINSAL.

En materia de salud mental, debe considerarse el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, aprobado mediante Resolución Exenta N°1286 de 2017, del MINSAL, que se adscribe al Modelo Comunitario de Atención en salud y propone objetivos estratégicos y metas en siete líneas de

acción: Regulación y Derechos Humanos, Provisión de Servicios de Salud Mental, Financiación, Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación, Recursos Humanos y Formación, y Participación e Intersectorialidad.

El Plan Nacional se propone “contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”.

IX. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, del MINSAL.

El Modelo de Gestión, aprobado mediante Res. Ex. N° 296 de 2018, de MINSAL, se vincula estrechamente con el mencionado Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, desarrollando las dimensiones de sentido, relaciones y estructura de la red pública de atención de salud mental.

Este modelo orienta la forma en que se debe organizar y desarrollar la provisión de servicios en salud mental en el país y como estos se integran a los servicios generales de salud, estableciendo las características y los atributos de los cuidados en salud mental que se deben proveer a las personas.

En este marco, el quehacer de la Red Temática de Salud Mental se basa en una mirada integral de las personas como sujetos de derechos.

X. Otras normativas en materia de salud y enfoque de derechos

En especial consideración de las necesidades de protección que presenta las poblaciones más vulnerables, junto a todo lo indicado, el Programa de Tratamiento debe contemplar los marcos establecidos en la Declaración de Derechos Humanos, la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, los Principios de Yogyakarta, así como también los pactos, convenciones y otros instrumentos internacionales ratificados por el Estado de Chile.

En especial, han de contemplarse las regulaciones y normativas nacionales vigentes en materias de salud y/o de enfoque de derechos: la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud y que establece normas para los procesos de atención y manejo de la información; la Ley 19.628 sobre el tratamiento de información sensible; la Ley 20.609 sobre Medidas Contra la Discriminación; la Ley 20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad; la Ley 21.120 que Reconoce y da Protección al Derecho a la Identidad de Género, entre otras circulares, guías o normas emanadas desde MINSAL u otros organismos competentes.

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

1.2. Antecedentes Epidemiológicos

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

Considerando que las trayectorias de vida de la población adolescente con infracción suelen estar caracterizadas por desventajas estructurales, inestabilidad a nivel familiar, violencia, abuso y negligencia parental, diversos estudios han indagado en las problemáticas de trauma y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en esta población, encontrando que la mayoría reporta al menos un evento traumático, y que entre el 12% y el 23,6% cumple con los criterios de TEPT (Kerig, 2013; Dierkhising et al., 2013).

Una investigación realizada en Chile con adolescentes que cumplían sanciones o medidas en medio privativo de libertad, encontró que un 62% de la muestra presentaba al menos un trastorno de salud mental. Las mayores prevalencias se encontraron en trastorno por uso de sustancias psicoactivas, con un 38,9%; trastorno de conducta, 31,7%; trastorno oposicionista desafiante, 13,6%; y trastorno de déficit atencional, 12,2% (Fundación Tierra Esperanza, 2012).

Por otra parte, el mismo estudio mostró que un 40,2% de los y las adolescentes parte de la muestra, habían incurrido en cortes u otras conductas auto lesivas, un 21,2% había pensado en dañarse o suicidarse y un 11,5% reportó un intento de suicidio en el año anterior.

Otro estudio nacional (SustenTANK, 2012), en adolescentes en CIP-CRC y sección Juvenil, identificó que el 75% de los casos presentó al menos un trastorno de salud mental en el último año y, en un análisis de correlación simple, se encontró que los trastornos más vinculados entre sí eran el trastorno de conducta y el trastorno oposicionista con los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, y otras drogas).

Una investigación realizada con hombres entre 14 y 17 años que cumplen sanciones y medidas, tanto en medio libre como en contexto privativo, identificó una prevalencia de 86,3% de cualquier trastorno psiquiátrico, destacando que un 67,7% de la muestra presentaba dos o más trastornos concurrentes⁷ (Gaete et al., 2014).

⁷ Tomando como referencia otra investigación realizada en el país (De La Barra et al. 2012), en el grupo de población general de 12 a 18 años, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico fue de 16,5%. En comparación, el estudio de Gaete et al. indica una prevalencia de trastornos de salud mental cinco veces mayor en adolescentes con infracción de ley.

Este estudio mostró que las mayores prevalencias correspondían a trastornos por uso de sustancias psicoactivas (75,5%) y, en segundo lugar, se ubican los trastornos disruptivos (37,8%), incluyendo dentro de estos a los trastornos de conducta (27,7%) y el trastorno oposicionista desafiante (27,1%). En tercer lugar, está el trastorno por déficit atencional (25,4%), siendo el tipo combinado el más frecuente. En cuarto lugar, el episodio depresivo mayor (19,7%) y, por último, en quinto lugar, los trastornos ansiosos de agorafobia (8,5%) y fobia social (2,1%).

Por otra parte, una investigación realizada para SENDA por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad (CJS), de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2023, cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia de consumo problemático de drogas en AJ en medio libre y medio privativo, indagó específicamente en la presencia de los siguientes trastornos de salud mental: episodio depresivo, trastorno de angustia, ansiedad, trastorno de personalidad antisocial o trastorno de conducta disocial. El estudio encontró que un 55,5% de AJ presentaban al menos uno de los trastornos de salud mental indagados y observó que, cuando las personas presentaban un consumo problemático de alcohol u otras drogas, la presencia de otro trastorno de salud mental aumentaba al 65,6% de los casos (CJS, 2023).

El mismo estudio indagó también en indicadores de riesgo de suicidio, y mostró que un 24,7% de AJ presentaban riesgo de suicidio, siendo considerablemente mayor entre las mujeres (47,1%) en comparación a los hombres (23,1%), y entre AJ mayores de 18 años (31,7%) en relación a menores de 18 años (17,8%).

Todos estos resultados coinciden con lo constatado en la evidencia internacional respecto de la mayor presencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con infracción de ley en comparación a la población general adolescente, y relevan la necesidad de evaluar e intervenir de manera integral sobre las problemáticas de salud mental que presentan los y las AJ, con especial atención a la prevención del suicidio.

De acuerdo con los datos de la OMS⁸ sobre salud mental en población general adolescente, los trastornos emocionales más comunes y frecuentes en esta población son los trastornos de ansiedad. Se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad. También se calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión. La depresión y la ansiedad presentan algunos síntomas similares, como los cambios rápidos e inesperados en el estado de ánimo.

La ansiedad y los trastornos depresivos pueden dificultar profundamente la asistencia a la escuela, el estudio y el hacer los deberes. El retraimiento social puede exacerbar el aislamiento y la soledad. La depresión puede llevar al suicidio en casos que no hayan sido abordados o pesquisados tempranamente.

⁸ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Por su parte, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los adolescentes mayores (15 a 19 años). Los factores de riesgo del suicidio son diversos: abuso del alcohol, malos tratos en la infancia, estigmatización a la hora de buscar ayuda, obstáculos que impiden recibir atención y el disponer de medios para suicidarse.

También es relevante considerar como parte de esta etapa del desarrollo, que muchos adolescentes y jóvenes pueden desarrollar múltiples comportamientos de riesgo para la salud o su desarrollo, los que se pueden traducir en complicaciones inmediatas o en conductas que se pueden cronificar y amenazar todo el desarrollo en su conjunto. Surgen en este sentido comportamientos, como el consumo de sustancias o las prácticas sexuales de riesgo, que pueden iniciar durante la adolescencia. Los comportamientos de riesgo pueden responder a una estrategia inútil para hacer frente a dificultades emocionales y pueden tener efectos muy negativos en el bienestar mental y físico del adolescente.

En todo el mundo, la prevalencia de los episodios de ingesta masiva de bebidas alcohólicas entre los adolescentes de 15 a 19 años fue del 13,6% en 2016; el riesgo más elevado correspondió a los hombres.

El consumo de tabaco y de cannabis son problemas adicionales. Muchos fumadores adultos consumen su primer cigarrillo antes de los 18 años. El cannabis es la droga que más utilizan los adolescentes: en 2018, alrededor de un 4,7% de las personas de 15 a 16 años la consumieron al menos una vez.

Específicamente, en materia de consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, la investigación del CJS mencionada anteriormente, determinó que un 58,1% de AJ que cumplen sanciones y medidas en el marco de la Ley 20.084 presentan abuso de alcohol y/u otras drogas, y que un 43% tendría dependencia a dichas sustancias psicoactivas. Al consolidar los criterios clínicos para la presencia de ambos trastornos, el estudio identificó un 62,4% de prevalencia de consumo problemático, lo que constituiría la población potencial de este Programa de Tratamiento (CJS, 2023).

En relación al tipo de sustancias consumidas, la misma investigación muestra una mayor prevalencia año y mes de marihuana (77,7% y 60,1%, respectivamente), seguida por la prevalencia año y mes de alcohol (61,2% y 36,4%). Específicamente, en relación a la ingesta de alcohol, se destaca la prevalencia de “atracción de alcohol” (binge drinking)⁹ entre las personas encuestadas, presentándose en 2 de cada 5 personas, con un 41,8%.

Entre otras sustancias consumidas, se resalta como sustancia psicoactiva emergente el “tussi”, con una prevalencia año y mes de 41,9% y 18,8%, respectivamente. Además, se observan las siguientes prevalencias año y mes de tranquilizantes sin receta médica, 26,6% y 11,4%; cocaína, 17,7% y 6,1%; y pasta base de cocaína, 2,6% y 1,1% (CJS, 2023).

⁹ Definido como la ingesta de 5 o más tragos en una ronda o en una única ocasión (NHI, 2014).

En ese sentido, los datos del estudio confirman lo observado en investigaciones y en la revisión clínica respecto de la alta tendencia de la población de AJ a presentar un policonsumo de diversas sustancias psicoactivas, incluyendo la exploración y uso de drogas emergentes.

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

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

Al revisar la trayectoria de consumo, se destaca que a los 10 años un 14,5% había iniciado el uso de marihuana y un 5,5% de alcohol. A los 12 años el inicio en el uso de marihuana se duplica (33,6%) y el de alcohol se triplica (15,1%). A los 14 años, el consumo de marihuana alcanza el 62%, de alcohol el 41,6% y de tranquilizantes sin receta médica un 21,2%. Finalmente, a los 16 años, el 75,1% ha iniciado el uso de marihuana, el 59,7% de alcohol, el 30% de tranquilizantes sin receta médica y el 23,8% de cocaína (CJS, 2023).

Lo anterior, da cuenta de la temprana exposición y significativa precocidad en el inicio del uso de diversas sustancias psicoactivas entre las personas AJ con infracción de ley, con el consiguiente riesgo y daño acumulativo que pueden presentar al momento de ingresar a tratamiento.

En relación a la percepción de riesgo, un 76,4% considera muy riesgoso usar pasta base una vez al mes; un 71,4% ve muy riesgoso beber alcohol todos o casi todos los días; y un 55,1% considera de alto riesgo usar cocaína una vez al mes. En cambio, sólo un 24,1% cree que es muy riesgoso fumar marihuana 1 o 2 veces por semana.

Por otro lado, un 52,3% declara haber hecho un esfuerzo serio por dejar de usar drogas y un 50,4% señala que pediría o ha pedido ayuda por problemas de consumo. Entre quienes solicitarían ayuda, un 59% señala que acudiría a la madre, un 45% a un/a profesional del centro o programa de sanciones o medidas, un 38% a hermanos/as, un 36% al padre, un 34% a un amigo/a, un 33% a otro familiar, un 17% a alguien de la iglesia y un 12% a un profesor/a del colegio.

Al indagar en las razones de AJ para no acceder a un tratamiento, se destacan: creer que puede manejar el consumo por su cuenta (56%), considerar que su consumo es normal (51%) o que no tiene un problema serio (49%), siendo todas estas afirmaciones que dan cuenta de la ausencia de problematización del uso de drogas. Por otra parte, se señalan aprehensiones frente al tratamiento y sus efectos: no saber qué pasará en éste (27%), tener miedo de fallar o de que el tratamiento no ayude (23%), sentir vergüenza (18%) y sentir preocupación de lo que el resto pensará (23%).

Además, un 15% afirma que haber tenido una mala experiencia con un tratamiento anterior incide en su falta de disposición para acceder en la actualidad.

Estos datos muestran las dificultades que enfrentan AJ para reconocer un problema de consumo de sustancias psicoactivas y tomar una decisión para ingresar a tratamiento, lo que, como vemos, está determinado por diversos factores, muchos de los cuales pueden modificarse a través de la intervención.

Entre las personas que presentan consumo problemático, un 41,3% declaró estar asistiendo a tratamiento al momento del estudio, y respecto a antecedentes previos, el 55,8% de ellas señaló no haber estado nunca en tratamiento. El 28,1% dijo haber estado 1 vez en tratamiento y cerca del 15% afirmó haber estado entre 2 a 8 veces en dicho proceso.

Por último, al indagar en la percepción sobre los resultados alcanzados en tratamiento, un 68% de las personas indica una disminución en la cantidad de droga consumida, un 62% señala el mejoramiento de su salud mental y un 62% también destaca avances en la relación con familiares y personas cercanas. Además, se menciona lograr abstinencia por 1 mes o más tiempo (53%), dejar la comisión de delitos por 1 mes o más tiempo (53%), volver al colegio o mejorar el rendimiento escolar (52%), alejarse de pares que consumen drogas (43%), alejarse de pares que delinquen (44%), disminuir el uso de servicios de urgencias por intoxicación o accidentes por consumo de sustancias psicoactivas (36%) y, por último, haber encontrado o mantenido un trabajo (29%).

1.3. Caracterización de las personas usuarias

I. Características de AJ que cumplen sanciones y medidas en el marco de la LRPA

A continuación, se presentan algunos antecedentes que permiten caracterizar a la población de AJ que cumplen sanciones o medidas en el marco de la LRPA y que configuran el contexto general de implementación del Programa de Tratamiento.

La población LRPA se ha caracterizado en los últimos años por la progresiva disminución de su cantidad total, siendo ésta una tendencia sostenida que ha sido advertida y monitoreada en todas las medidas y sanciones a nivel nacional.

De acuerdo a datos proporcionados por el Departamento de Planificación y Control de Gestión de SENAME, respecto de AJ vigentes al 31 de diciembre de 2023, la población total llegó a 5.675 personas, de las cuales el 92,5% corresponde a hombres y el 7,5% a mujeres.

En la distribución por edad, el 48,6% corresponde a adolescentes entre 14 y 17 años, y el 51,4% a mayores de 18 años, tratándose en este último caso de personas ingresadas al sistema penal por un delito cometido antes de los 18 años y que se mantienen en el sistema hasta el total cumplimiento de las correspondientes medidas o sanciones.

En la distribución por rango de edad, se observa que 595 AJ tienen entre 14 y 15 años; 2.163 entre 16 y 17 años; 1.900 entre 18 y 19 años y 1.017 tienen 20 o más años. Al revisar las estadísticas de SENAME desde un enfoque jurídico, se observa que cerca de la mitad de las personas son mayores de edad (51,4%), mientras que, al examinarlo desde una perspectiva sanitaria, se identifica que la mayoría (82,1%) corresponden a adolescentes, en el rango de 14 a 19 años, y que el 17,9% son personas jóvenes mayores de 20 años.

Específicamente, en el medio privativo de libertad, en internación provisoria se registra una mayor proporción de adolescentes de 14 a 17 años y, a la inversa, entre quienes cumplen sanción en régimen cerrado predominan las personas mayores de edad.

Cabe señalar que, en esta población es importante visibilizar la distribución por edad en general y en las distintas sanciones, medidas y contextos de intervención, considerando los requerimientos de segregación entre menores y mayores de 18 años definidos por la normativa legal, así como también, las implicancias que esto puede tener en el diseño e implementación de estrategias de intervención que se ajusten a las necesidades propias de cada grupo de AJ, respecto de la etapa del curso de vida en que se encuentran y de las diferencias en el proceso madurativo físico, social y emocional.

Se observa que el 81,8% del total de la población a nivel nacional cumple medidas en medio libre, mientras que un 10,6% se encuentra en medio privativo de libertad, y un 7,6% en semicerrado. Específicamente, en medio privativo de libertad, 411 personas se encuentran en internación provisoria y 191 cumplen sanción en régimen cerrado.

Con respecto a la distribución por región, se destaca que la mayoría de la población atendida en programas y centros de SENAME se concentra en la Región Metropolitana (39,9%), seguida por la Región de Valparaíso (11%).

En los últimos años, se ha observado una significativa reducción de la población que cumple sanción en las secciones juveniles al interior de recintos penitenciarios de GENCHI. Esta situación se ha producido, principalmente, por la disminución de la población total de AJ que cumplen sanción en medio privativo a nivel nacional, a lo que se suman algunas de las consecuencias derivadas del COVID, las que implicaron una redistribución de espacios físicos al interior de los recintos penitenciarios y obligaron el cierre de algunas secciones juveniles.

De acuerdo al reporte de la Subdirección Técnica de GENCHI, durante el año 2023 se encontraban en funcionamiento secciones juveniles en 9 regiones del país: Arica y Parinacota, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana (mujeres), O'Higgins, Maule, Los Lagos y Aysén. En este contexto, un total de 90 AJ cumplieron sanción en sección juvenil durante ese año, registrándose un 98% de hombres y un 2% de mujeres. Siendo todas las personas mayores de 18 años, se observa un promedio de edad de 21 años entre los hombres, y de 20 años entre las mujeres.

Respecto de los delitos cometidos en el marco de la LRPA, la Defensoría de la Niñez (2022) en una publicación realizada a partir de los datos del Ministerio Público, Carabineros de Chile y SENAME, establece que tanto la cantidad de delitos cometidos por adolescentes, como su proporcionalidad respecto de los delitos ejecutados por la población total, han ido disminuyendo en los últimos años.

Específicamente, al comparar los delitos de alta connotación pública (homicidios, hurtos, lesiones, robos y violaciones) cometidos por personas de 14 a 17 años, con el total de ese tipo de delitos a nivel nacional, se constata que la participación de adolescentes ha disminuido de un 11% en 2018, a un 7% en 2021. Sin embargo, al revisar la distribución por tipo de delito entre las personas de 14 a 17 años, se señala que los delitos cometidos por adolescentes han ido presentando mayor gravedad y mayor nivel de violencia. Es así como la proporción de delitos asociados al uso de armas fue en aumento, pasando de un 4% en 2019 a un 7% en 2022, mientras que la proporción de robos violentos ascendió de un 19,26% en 2020 a un 22,3% en 2022, y el robo violento de autos ascendió de un 32% a un 46% en los mismos años.

Al profundizar en el tipo de delito según la cantidad de detenciones de cada adolescente, con especial foco en delitos de interés público, se observa que a medida que aumenta la cantidad de delitos cometidos por una misma persona, aumenta también la proporción de aquellos de alta connotación pública.

Además, en la publicación se destaca que un número reducido de adolescentes concentran una alta cantidad de detenciones, pudiendo identificar que el 10% de las personas detenidas originan el 35% del total de detenciones que involucran a población adolescente.

Estos antecedentes dan cuenta de las diversas aristas de la problemática delictual que se presenta en esta población, proporcionando datos respecto de la gravedad de los delitos cometidos, el nivel de reincidencia en algunos casos y sobre cómo las trayectorias de vida de algunas personas adolescentes se ven fuertemente afectadas por la asociación a contextos de grave vulneración de derechos y/o de influencia de pautas de interacción violentas.

En la misma línea, un estudio realizado por Fundación Tierra de Esperanza para el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, caracteriza a los y las adolescentes y jóvenes, en el marco de la LRPA, como personas especialmente vulnerables debido a la sumatoria de condiciones adversas vividas a lo largo de su trayectoria vital. Entre tales condiciones se señalan: experiencias de victimización y/o poli victimización; la temprana exposición a vulneraciones en sus derechos por situaciones de abandono, explotación o abuso; la permanencia en situación de calle; la condición de discapacidad; el consumo de alcohol u otras drogas; la deserción escolar; y el desarrollo evolutivo marcado por contextos criminógenos, de violencia y/o por conflictos territoriales. Todas estas son experiencias que impactan en el desarrollo biopsicosocial de AJ, y que afectan su salud física y mental (Fundación Tierra de Esperanza, 2019).

El mismo estudio desarrolla una caracterización criminológica de las personas AJ, a partir de la evaluación del nivel de riesgo criminógeno basada, fundamentalmente, en el modelo Riesgo-Necesidad-Receptividad de Andrews et al (2010).

En relación a los factores estáticos¹⁰, el estudio evidencia la delincuencia persistente de intervenciones de mayor intensidad en AJ, dada la historia de contactos previos con el sistema de justicia que no han tenido el efecto esperado en la disminución de la reincidencia delictiva.

Se observa que AJ en medio privativo de libertad, presentan mayores indicadores de comportamiento delictivo y mayor riesgo de factores estáticos, en comparación a quienes se encuentran en medio libre. A su vez, se evidencia un comportamiento delictivo más persistente en hombres que en mujeres y, si bien, a nivel etario no se presentan diferencias estadísticamente significativas, sí se observa que el máximo de delitos cometidos por una persona se desplaza hacia edades más tardías.

Por otra parte, sobre los riesgos dinámicos o necesidades criminógenas¹¹, en lo relativo al contexto escolar, se observa que el ausentismo y la deserción escolar por más de un año son los factores que presentan mayor prevalencia. Además, se evidencia que AJ en medio libre mantienen mayor índice de riesgo escolar, en comparación al medio privativo de libertad.

Sobre las necesidades criminógenas asociadas a la vinculación con pares, se observa que AJ de medio libre presentan mayor vinculación con amistades integradas socialmente, en comparación a quienes están en medio privativo de libertad, a la vez que, respecto de redes sociales desadaptativas, los que se encuentran en medio privativo de libertad presentan índices de mayor riesgo.

En cuanto a los riesgos dinámicos relacionados con la red familiar, en medio privativo de libertad se mantiene un riesgo alto, mientras que en medio libre el riesgo es moderado en este ámbito.

Respecto de la necesidad criminógena de consumo de alcohol y drogas, el estudio muestra que el uso de sustancias psicoactivas se constituye como uno de los principales riesgos dinámicos en la población de AJ a nivel nacional.

Se observa que el riesgo de reincidencia delictiva asociada al factor de consumo de sustancias psicoactivas, es mayor en personas con tipo de delincuencia persistente. Se presenta mayor riesgo asociado al consumo en el medio privativo de libertad, siendo la internación provisoria la que destaca por sus altos índices. Además, los hombres presentan más consumo y mayor riesgo criminógeno asociado al uso de sustancias que las mujeres.

¹⁰ En este modelo, los factores de riesgo estáticos son aquellos que no se pueden modificar a través de la intervención, como la historia criminal previa o los antecedentes penales de la familia (Andrews et al., 2010).

¹¹ Los riesgos dinámicos o necesidades criminógenas son aquellos susceptibles de modificar mediante intervención especializada.

El estudio también realiza una evaluación diferenciada por territorios, considerando la distribución de zonas del país definidas para la implementación del SRJ. En ese análisis se puede observar que, en la zona norte del país, un 80,3% presenta un alto riesgo de reincidencia delictiva asociada a la problemática de consumo, y el 18,2% presenta riesgo medio. Las regiones con mayor nivel de riesgo asociado al uso de sustancias son Arica - Parinacota y Atacama, y la con menor riesgo es Antofagasta.

En la zona centro, un 66,8% presenta riesgo criminógeno alto asociado a la problemática de consumo, y el 32,5% presenta riesgo medio. La región con mayor índice de riesgo es la Metropolitana, y la más baja es O'Higgins.

Finalmente, en la zona sur, un 76,9% presenta riesgo alto asociado al consumo de alcohol y otras drogas, y el 22,6% riesgo medio. Las regiones con mayores índices son Biobío y Araucanía, y la con menores índices es Los Ríos.

II. Características de las personas atendidas en el Programa de Tratamiento

Durante el año 2023, el Programa de Tratamiento registró un total de 4.528 personas tratadas (episodios de tratamiento) con un total de 3.332 RUT únicos. La diferencia entre estas dos cifras refleja la cantidad de personas que presentaron más de un episodio de tratamiento durante el año debido a un cambio de sanción o medida, derivación a un nivel de mayor o menor intensidad de cuidados o por un abandono de tratamiento y posterior reingreso al programa.

Un 92% de personas tratadas corresponden a hombres y un 8% a mujeres. Este dato, que se ha mantenido estable en los últimos años y es coincidente con lo observado en la población bajo LRPA, define importantes desafíos respecto de la visibilización de las características y necesidades específicas que presentan las adolescentes mujeres.

En relación a las modalidades de tratamiento, la mayoría accedió a tratamiento ambulatorio intensivo en medio libre (60,3%). En segundo lugar, se ubica la modalidad ambulatoria en medio privativo de libertad (31%), en tercer lugar, la unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría en medio privativo de libertad (4,7%), en cuarto lugar, la unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría en medio libre (2,1%) y en último lugar la modalidad residencial en medio libre (1,9%).

Respecto a la distribución por edad, la mayoría de las personas se ubican en el rango de 16 a 17 años (51,5%), seguido por el rango de 18 a 19 años (23,6%), luego el rango de 14 a 15 años (16,2%) y, finalmente, personas mayores de 20 años (8,7%). Esta distribución tiene especial relevancia para las consideraciones relativas al curso de vida.

Con respecto al marco judicial, un 61,3% de las personas accedieron a modalidades de tratamiento en medio libre, al encontrarse cumpliendo sanciones y medidas en medio libre o semi cerrado, mientras que un 38,7% se encontraba en medio privativo de libertad, considerando tanto población en centros privativos de libertad de SENAME como en Secciones Juveniles de GENCHI. Al revisar las

diferencias por sexos, el 23,2% de las mujeres se encontraban en medio privativo de libertad, mientras que el 40% de los hombres estaban en el mismo medio.

La sustancia psicoactiva principal que motiva el ingreso a tratamiento, en la mayoría de las personas, corresponde a marihuana, con un 54,8%. A continuación, se encuentran los sedantes y tranquilizantes con un 12,5%, la cocaína con un 8,4% y los estimulantes de tipo anfetamínico con un 8,2%.

Al revisar la distribución de sustancia principal por sexo, se observa que para ambos sexos la marihuana se ubica en primer lugar (55,1% en hombres y 50,3% en mujeres), seguida por los tranquilizantes y sedantes (12,2% en hombres y 17,1% en mujeres). Entre los hombres, se ubican en tercer lugar la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico, ambos con un 8,4%, mientras que en las mujeres el tercer lugar lo ocupa la pasta base de cocaína con un 8,5%.

La marihuana es también la sustancia psicoactiva principal en todas las regiones del país. En Tarapacá, Coquimbo, O'Higgins, Maule, Los Ríos y Magallanes se ubica en segundo lugar la cocaína, mientras que en Arica, Atacama, Valparaíso, Metropolitana y Biobío en segundo lugar aparecen los sedantes y tranquilizantes. En Araucanía, Los Lagos y Aysén, es el alcohol, y en Antofagasta y Ñuble, la pasta base de cocaína.

Respecto a la frecuencia de uso, la gran mayoría de las personas consume todos los días (59,3%), seguido por el consumo de 4 a 6 días de la semana (17%) y, en tercer lugar, el consumo de 2 a 3 días de la semana (16,2%).

El 43% de los ingresos corresponden a personas que ingresan a tratamiento por primera vez en su vida. En relación a este grupo, al revisar el promedio de edad de inicio del uso de la sustancia principal (12,7 años) y el promedio de edad al momento de ingresar a tratamiento (16,7 años), se observa una latencia de alrededor de 4 años desde su vinculación inicial con la droga que les generó problemas, y su primer ingreso a tratamiento.

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica, un 67,4% presenta diagnóstico de otro trastorno de salud mental (distinto al diagnóstico de consumo). En un 21,6% el diagnóstico se encuentra aún en estudio y sólo en el 11% se descartó la presencia de comorbilidad. En relación a la comorbilidad, en primer lugar, se ubican los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (61,6%), seguidos por los trastornos de la personalidad (10,8%) y, en tercer lugar, los trastornos del humor o afectivos (9,1%). Para ambos sexos, predominan los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (62,3% en hombres y 54,1% en mujeres).

- **Caracterización de los egresos**

Al revisar los egresos de tratamiento producidos durante el año 2023, se observa que un 48,6% corresponde a derivación a otro dispositivo de tratamiento. Lo anterior, se explica por las necesidades de las personas AJ de acceder a distintos dispositivos de tratamiento, por motivos jurídicos, en su tránsito entre el medio libre y el medio privativo de libertad o bien debido a un requerimiento clínico para acceder a un mayor o menor nivel de intensidad de cuidados.

La derivación es el principal motivo de egreso en la modalidad residencial en medio libre (69,9%) y en las unidades de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría en medio libre (95,2%) y privativo de libertad (96%), lo que resulta esperable, considerando el nivel de resolutivez de este tipo de dispositivos y la necesidad de continuidad de cuidados post egreso.

Por otra parte, si se excluyen los egresos por derivación, se observa que un 34,3% del total de personas egresadas lo hizo por motivo de abandono, un 33,6% por alta administrativa (asociada principalmente a un cambio de sanción) y un 32,1% por alta terapéutica. La proporción de alta terapéutica es mayor entre las mujeres (46,2%) que entre los hombres (30,8%).

Al revisar, específicamente, los datos de abandono, se observa que las mujeres presentan mayor proporción de egresos por ese motivo (38,7%) en comparación con los hombres (33,9%). Se presenta mayor proporción de abandonos entre los egresos de la modalidad ambulatoria en medio libre (35,9%), seguida por residencial en medio libre (31,6%) y ambulatoria en medio privativo (29,8%). La mayoría de los abandonos se producen antes de los 6 primeros meses de permanencia en tratamiento (57,1%), con una mayor concentración en el tercer mes de tratamiento (15,1%), seguido por el segundo (12,5%) y el quinto mes (10,5%).

De acuerdo a la evaluación realizada por el equipo tratante al momento del egreso, respecto de los egresos por alta terapéutica, abandono o alta administrativa, la mayoría de las personas alcanzó un nivel de logro terapéutico mínimo (39,9%), seguido por el nivel de logro intermedio (38,3%) y en tercer lugar por el logro alto (21,8%). Entre las mujeres, el egreso con logro alto es mayor, con un 26,9%, en comparación a los hombres, que presentan un 21,3%.

Estos datos muestran que el Programa de Tratamiento presenta desafíos importantes para mejorar la efectividad de la intervención, considerando la necesidad de avanzar hacia el aumento de egresos por alta terapéutica, la disminución de los abandonos y el aumento de AJ que egresan de tratamiento con un nivel de logro terapéutico intermedio o alto.

Con respecto a los tiempos de permanencia en tratamiento, excluyendo los egresos por derivación, se observa que el 67,8% del total de personas egresadas permaneció 3 o más meses en tratamiento, siendo éste un tiempo de permanencia que la investigación identifica como un buen predictor de logro terapéutico.

Al revisar los tiempos de permanencia por modalidad de tratamiento, se observa que en ambulatorio en medio libre el promedio de permanencia es de 13 meses, mientras que, entre quienes alcanzan alta terapéutica en esa modalidad, el promedio es de 19,3 meses. En la modalidad

residencial en medio libre, el promedio de permanencia es de 10,7 meses y entre quienes egresan por alta terapéutica es de 8,4 meses.

Finalmente, en la modalidad ambulatoria en medio privativo de libertad, el promedio de permanencia en tratamiento es de 4,7 meses, lo que está determinado por una mayor proporción de adolescentes en internación provisoria, mientras que, los egresos por alta terapéutica en esta modalidad de tratamiento permanecen en promedio 14,6 meses, tratándose de casos que cumplen sanción en medio privativo.

2. Fundamentos Teóricos

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

La Organización Mundial de la Salud ha relevado la importancia de la salud mental y ha impulsado su integración en el contexto general de la salud. En ese sentido, ha definido la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente por la ausencia de afecciones o enfermedades, haciendo referencia, de ese modo, a una conceptualización de la salud holística e integral. Asimismo, ha definido la salud mental como un estado de bienestar, en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz contribuir a su comunidad (MINSAL, 2018).

Esta comprensión de la salud mental, integrada con la salud general y centrada en el bienestar, también se relaciona con una perspectiva de salud mental positiva, donde el nivel óptimo de salud no está supeditado a la presencia o ausencia de trastornos (MINSAL, 2018). Es así como, por ejemplo, una adolescente sin presencia de trastornos psiquiátricos puede presentar un bajo nivel de salud mental, debido a la ausencia de relaciones sociales nutritivas o de competencias para lidiar con problemas cotidianos, mientras que un joven que presenta un trastorno de salud mental, incluso severo, puede gozar de un alto nivel de salud mental, en tanto que accede a un tratamiento adecuado a sus necesidades, logra la estabilización de su sintomatología y mejora sus condiciones de integración social, autonomía y ejercicio de derechos.

En este contexto, la salud mental puede entenderse más que como un estado, como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio y que requiere de un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que impactan en la salud de las personas, denominados como *Determinantes Sociales de la Salud*, los que han sido definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local” (OMS, 2009).

El enfoque de determinantes sociales permite superar la concepción centrada exclusivamente en la responsabilidad personal de tener una “buena salud”, relevando la importancia de las influencias sociales y económicas que enmarcan y determinan las condiciones de vida y las posibilidades para disfrutar de una vida saludable. Se reconoce que quienes están en los estratos sociales más bajos, por lo general, tienen el doble de riesgo de sufrir trastornos y enfermedades graves y mayor

probabilidad de enfrentar barreras de acceso a una atención oportuna y de calidad, en comparación con quienes se ubican en los estratos más altos (OMS, 2005).

En este Programa de Tratamiento, la integración de este enfoque implica reconocer que las condiciones socioeconómicas deficientes han afectado la salud de las personas AJ desde su temprana infancia, y se han traducido en situaciones de inequidad y desigualdad que han interferido con su desarrollo, las que deben ser identificadas y abordadas, con especial énfasis en la disminución de barreras de acceso a tratamiento y en la(re)conexión con los diversos servicios requeridos.exclusión

Las personas afectadas por trastornos de salud mental, en especial AJ con consumo problemático de sustancias psicoactivas e infracción de ley, suelen encontrarse en condiciones de exclusión social, viéndose afectadas por situaciones de estigma y maltrato, por la pérdida de redes y vínculos, la disminución de la autonomía en la toma de decisiones y la falta de acceso a servicios de salud. Todos estos determinantes sociales requieren ser considerados en los procesos de atención y cuidado, dado que no hacerlo puede tener un impacto negativo en la adherencia y continuidad del tratamiento, en la evolución del trastorno y en la calidad de vida de las personas (OMS, 2009).

▪ **Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental**

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

Este Modelo busca reconocer y abordar las necesidades de salud mental desde un enfoque integral, que permita incidir positivamente en el proceso de recuperación y el bienestar general, con especial atención en la persona y su familia, y en el impacto que su condición de salud tiene en su entorno, comprendiendo cómo ese entorno puede contribuir a su recuperación, al favorecer la inclusión socio comunitaria, brindando las condiciones para un pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional (MINSAL, 2018).

Esta perspectiva se articula con el enfoque de determinantes sociales de la salud, en la medida que visualiza la salud mental como un fenómeno de las comunidades, que debe ser abordado en el contexto comunitario, mediante servicios organizados e integrados en los distintos niveles de atención y ubicados en los territorios donde las personas viven (Funk et al., 2009; Fierro, 2017). Entonces, se comprende que la atención en salud mental requiere de una amplia gama de servicios organizados en red, que permitan prevenir la hospitalización, con foco en la atención y cuidados ambulatorios, de acuerdo a las necesidades y recursos que presenta cada persona (MINSAL, 2018).

La red de servicios debe complementarse también con estrategias dirigidas a la promoción de la salud mental, generando condiciones de vida favorables para un desarrollo integral, así como también, acciones de prevención que buscan fortalecer las condiciones protectoras de la comunidad y contrarrestar los efectos negativos de los determinantes sociales. Por lo mismo, la aplicación de este Modelo exige también un intensivo trabajo intersectorial con diversas instituciones y organizaciones comunitarias, orientado a la eliminación del estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos de salud mental (Desviant, 2012).

▪ Continuidad de cuidados en Salud Mental

La continuidad del cuidado es un proceso esencial y transversal de la atención comunitaria de salud mental. Se define como “el proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de las personas usuarias entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios” (Desviant, 2012). Esto implica diversos aspectos como: la relación de la persona, su familia y red de apoyo con el sistema de salud; la accesibilidad a los servicios requeridos; el grado de atención y cuidados individualizados; y los vínculos entre los distintos servicios.

A su vez, pueden identificarse dos dimensiones centrales: la temporalidad de las acciones y la articulación de los distintos recursos integrados. La continuidad es el resultado de la integración de la red para dar cuenta del cuidado de una persona en una línea de tiempo. Esto se traduce en estrategias y acciones que buscan la resolución de las necesidades de salud de las personas, en el marco de una red donde ellas cuenten con acompañamiento y seguridad en la atención, de manera continua y oportuna (MINSAL, 2018).

Para poder cumplir con esto, la OPS define tres mecanismos centrales que contribuyen a la continuidad del cuidado:

- a) Compartir información sobre una persona (coordinación de la información);
- b) Coordinar el cuidado entre los distintos niveles asistenciales (gestión integrada del cuidado) y
- c) Regular el acceso a lo largo de la red de servicios (regulación del acceso).

Todo esto, en el marco de una adecuada aplicación de las convenciones, tratados internacionales y legislación nacional en el ámbito de la salud mental.

2.2. Desarrollo Evolutivo en la Adolescencia y la Adulthood Temprana

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

El enfoque de curso de vida considera los diversos factores biológicos y sociales que influyen en la salud y la enfermedad, a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva (MINSAL, 2021). De ese modo, permite comprender cómo los determinantes sociales interactúan e

impactan en la salud, identificando en el curso de vida períodos sensibles o particularmente importantes, cuando la exposición a determinados eventos puede tener un efecto específico, ocasionando grandes cambios en las trayectorias vitales.

Para efectos de las presentes Orientaciones Técnicas, resulta pertinente examinar algunos conceptos claves del desarrollo evolutivo de AJ, en el entendido que el Programa de Tratamiento atiende tanto a adolescentes entre 14 y 19 años, como también a jóvenes mayores de 20 años.

La adolescencia¹² es una etapa caracterizada por rápidas y múltiples transformaciones, y por la adquisición de diversas capacidades a nivel biopsicosocial. Los cambios que experimentan las personas adolescentes pueden determinar un conjunto de fortalezas y potencialidades para la vida o, por lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y los riesgos para la salud (SENDA, 2020).

En el transcurso de la adolescencia, las personas completan la mayor parte del crecimiento y desarrollo físico y alcanzan la capacidad de reproducción, a la vez que se forjan importantes procesos a nivel psicosocial, en relación al desarrollo moral, el pensamiento abstracto, la progresiva autonomía respecto de las figuras parentales, el desarrollo psicosexual y la búsqueda de una identidad propia.

A nivel neurobiológico, procesos claves como la “poda” sináptica y el aumento en la velocidad de transmisión sináptica determinan que durante la adolescencia el sistema nervioso central sea altamente receptivo a los estímulos ambientales. Además, en esta etapa, las áreas que conforman el sistema de recompensa, vinculadas con la intensidad de las emociones y la impulsividad, se encuentran ya desarrolladas, mientras que el proceso de maduración de la corteza prefrontal, responsable de las funciones de autorregulación, planificación y razonamiento, se desarrolla más tardíamente, en un proceso que se extiende hasta los 25 años, aproximadamente (Dumontheil, 2016). Este desfase temporal hace que el cerebro, en esta etapa del desarrollo, alcance su mayor nivel de plasticidad y capacidad de adaptación, y a la vez presente un especial nivel de vulnerabilidad.

Por todo lo anterior, la adolescencia es concebida como una etapa potencialmente crítica, a la vez que se trata de un periodo de gran potencial y plasticidad. El grado en que estos cambios afecten la vida personal y social de cada adolescente, dependerá de las habilidades y experiencias adquiridas en la niñez, así como también del contexto familiar y social en el que la persona crezca y viva su adolescencia (SENDA, 2020).

¹² De acuerdo a la definición de la OMS, se considera la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años.

Por otra parte, la adultez joven o adultez temprana se constituye como el período de mayor fuerza, energía y resistencia física¹³. Su característica principal es el proceso de “recentramiento”, donde el poder, la responsabilidad y la toma de decisiones van pasando, gradualmente, desde la familia de origen a la persona joven, quien comienza a asumir roles sociales y familiares, con un alto grado de independencia y autonomía (Tanner, 2006).

La adultez temprana está marcada por la adquisición del pensamiento dialéctico o posformal, que permite la integración simultánea de varios puntos de vista y la aceptación de las contradicciones. Sin embargo, hasta los 25 años aproximadamente, aún continúa el proceso de desarrollo de la corteza prefrontal vinculada a la toma de decisiones y la regulación de las emociones e impulsos, lo que puede verse reflejado en las conductas de riesgo aún presentes en las personas jóvenes (Dumontheil, 2016).

Una investigación sobre desarrollo humano indica que la transición hacia la vida adulta depende, en menor grado, de la edad cronológica y la biología, y que está determinada fundamentalmente por aspectos sociales (Schaie, 2005). El paso a la adultez depende del previo logro de las tareas evolutivas de la adolescencia y no ocurre de manera homogénea entre todas las personas, viéndose afectado por los determinantes sociales de la salud.

El inicio de la adultez se encuentra asociado a hitos como la finalización de estudios, el acceso a empleo, la independencia económica y la autonomía de la familia de origen, siendo todas estas tareas que dependen del contexto económico y cultural. Así, por ejemplo, en casos de mayor privación socioeconómica, el paso a la adultez se ve retrasado por las barreras de acceso a un empleo estable y de independencia económica respecto de la familia de origen (Uriarte, 2005).

En ese contexto, Arnett et al. (2011) introduce el concepto de adultez emergente como una etapa de transición entre la adolescencia y la edad adulta temprana, entre los 18 y los 25 años aproximadamente, considerando a personas que han ido dejando atrás la dependencia de la adolescencia, pero aún no han asumido las responsabilidades propias de la adultez. Se trata de un periodo marcado por la exploración de identidades, con una fuerte tendencia al egocentrismo y sensación de inestabilidad, dado que la persona se siente “en el medio”, en tránsito entre ser adolescente y adulta, a la vez que se caracteriza, positivamente, como un periodo abierto a las posibilidades.

Considerando estos antecedentes, las políticas en materia de salud suelen incluir en un mismo grupo de AJ, a todas las personas entre los 10 y los 24 años. Este criterio se fundamenta en lo planteado por la OMS, respecto a que las personas entre los 20 y 24 años, pueden ser consideradas aún como adolescentes, por no haber alcanzado la autonomía social y debido a que sus demandas y

¹³ Si bien no existe consenso respecto de las edades de inicio y término de la adultez joven, para efectos de las presentes orientaciones se considerará como el periodo que comienza con el término de la adolescencia, es decir aproximadamente a partir de los 20 años, y que termina cerca de los 40 años.

necesidades de salud no suelen presentar diferencias significativas respecto de las de las personas adolescentes (MINSAL, 2018).

Desde un enfoque comprensivo evolutivo, se debe considerar que las personas AJ con infracción de ley se encuentran, o estuvieron durante su infancia, expuestas a diversas situaciones de vulnerabilidad social que pueden haber interferido en mayor o menor grado, en su proceso de desarrollo (CONACE, 2007). Es así como, en sus historias de vida suelen presentarse contextos familiares adversos, caracterizados por historias de carencia, maltrato, abandono y/o rupturas de lazos familiares, exposición a situaciones de abuso o violencia, experiencias de fracaso o deserción escolar, de institucionalización, vida en contexto de calle o en entornos de riesgo (Fundación Tierra de Esperanza, 2019).

En la comprensión de los procesos evolutivos de AJ, es importante identificar los determinantes sociales que han estado presentes desde su nacimiento e infancia, analizando sus posibles efectos sobre el desarrollo, al mismo tiempo que se deben relevar las fortalezas, los recursos y las capacidades de resiliencia y reparación que cada persona y su familia han podido desplegar en ese complejo proceso.

Finalmente, se debe reconocer a las personas AJ con infracción de ley como un grupo que, si bien, comparte algunas características es, fundamentalmente, un grupo heterogéneo, plural y diverso, en virtud de la interseccionalidad de factores como la edad, identidad y expresión de género, orientación sexual, nivel de escolaridad, contexto territorial, pertenencia a pueblos originarios o población migrante, entre otras condiciones sociales que pueden incidir en el proceso de desarrollo evolutivo.

Desde esta concepción, el abordaje integral en salud mental debe contemplar las necesidades diferenciadas que presentan las personas, de acuerdo a su proceso de desarrollo, visibilizando la diversidad presente y brindando especial atención a las necesidades de aquellas personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad psicosocial y/o que se encuentran expuestas a mayor nivel de riesgo.

2.3. Consumo de alcohol y otras drogas en Adolescentes y Jóvenes

La adolescencia es la etapa en la que más frecuentemente se inicia el uso y abuso de drogas. Entre los factores del desarrollo que contribuyen a este hecho se encuentran el sentimiento de ser invulnerables, la necesidad de autonomía y la gran influencia o presión del grupo de pares. En esta fase evolutiva, el inicio del consumo puede estar motivado por la curiosidad y luego por el placer, mientras que quienes mantienen un consumo por más tiempo, suelen presentar una tercera gran motivación, denominada "soporte artificial", es decir que mediante el uso de sustancias psicoactivas buscan alcanzar los estados y recursos necesarios para relajarse, aliviar un malestar o sentirse bien, aspectos que no logran a través de recursos personales (MINSAL, 2013).

Las consecuencias negativas del consumo de drogas en AJ incluyen problemas de salud física, impacto negativo en sus relaciones familiares y sociales, aumento en el riesgo de suicidio y de desarrollo de otros trastornos de salud mental, y la disminución en la esperanza de vida (UNODC, 2018). También se ha observado un retraso en el desarrollo de funciones cerebrales ejecutivas¹⁴ y la aparición de respuestas emocionales exageradas e inmaduras a las situaciones (MINSAL, 2013). Además, el consumo de drogas en la adolescencia puede conducir a la aparición de un trastorno por dependencia con mayor rapidez y otros problemas de salud en la adultez (American Academy of Pediatrics, s.f.).

Hallazgos en la investigación, muestran que el proceso de desarrollo neurobiológico en la adolescencia se acompaña de mayor vulnerabilidad frente al consumo de alcohol y otras drogas (MINSAL, 2013). El uso de estas sustancias en la adolescencia puede incidir negativamente en el desarrollo del sistema nervioso, a la vez que puede afectar el logro de una serie de tareas evolutivas que, de no cumplirse, pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona. En tal sentido, debe considerarse que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva es un importante factor de riesgo para el desarrollo integral de una persona adolescente (SENDA, 2020).

Si bien, la experimentación o uso recreacional de drogas podría considerarse como un comportamiento normativo del desarrollo adolescente, es fundamental abordarlo siempre desde un enfoque preventivo. Lo anterior, implica comprender que el consumo puede tener graves efectos en la salud de las personas adolescentes, generando riesgos y diversas consecuencias negativas, mucho antes de que se desarrolle una adicción, siendo necesario anticiparse y establecer los procedimientos para el cuidado y protección (MINSAL, 2013).

Se debe resaltar que las personas adolescentes suelen ser particularmente susceptibles a las conductas de riesgo y, específicamente, en las prácticas asociadas al consumo de drogas es frecuente la exposición a altos riesgos, por su desconocimiento sobre la sustancia y los efectos específicos que pueda provocar, siendo ejemplos de esto, la ingesta de grandes cantidades en corto tiempo, el uso de drogas emergentes de origen desconocido y el consumo en contextos de violencia o alto riesgo de accidentabilidad, entre otras situaciones (MINSAL, 2013).

Considerando todos estos antecedentes, durante la adolescencia no es pertinente referirse al uso de alcohol y otras drogas como un consumo responsable. En esta fase evolutiva, todo tipo de consumo de sustancias psicoactivas conlleva un importante riesgo asociado, que no es posible de determinar previamente y que sólo se hace evidente a partir del análisis de sus consecuencias y efectos negativos sobre el proceso de desarrollo. Por lo tanto, siempre que se haga referencia al consumo de sustancias en esta población, se sugiere hablar de consumo de riesgo o de un consumo que puede conducir rápidamente a un daño.

▪ Diagnóstico del trastorno por uso de sustancias en AJ

¹⁴ Considerando funciones tales como criterio, sentencia, planificación y realización de tareas y cumplimiento de metas

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

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

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

La investigación internacional indica que la mayoría de las personas adolescentes muestran diferencias en el patrón de consumo y en el desarrollo de un trastorno, respecto de lo observado en personas adultas. En ese sentido, algunos autores incluso han cuestionado la aplicación de los criterios diagnósticos usuales (Bukstein, 2018).

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

- Es menos frecuente que abusen sólo de alcohol, y es más probable que abusen de múltiples sustancias.
- El uso de drogas está fuertemente influido por las conductas de sus familiares (especialmente, figuras parentales) y de sus pares.
- Es más común que presenten un patrón de “atración de alcohol” (binge drink)¹⁵, realizado en un contexto social y no en forma individual.
- Es más probable que presenten problemas sociales en lugar de síntomas de abstinencia del alcohol, cocaína y opiáceos.
- El criterio de tolerancia al alcohol posee una baja especificidad en adolescentes, mientras que sí puede observarse tolerancia a cannabis y a benzodiacepinas.
- Pueden presentar otros problemas relacionados con un nivel elevado de alcohol en la sangre, como una pérdida de memoria esporádica (blackouts).

¹⁵ Definido como la ingesta de 5 o más tragos en una ronda o en una única ocasión (NHI, 2014).

- Es poco habitual la presencia de manifestaciones físicas crónicas por uso de alcohol, dado que el tiempo acumulativo de exposición a la sustancia es menor, en comparación a la data de consumo habitual en personas adultas.
- Los problemas de salud física asociados no son tan frecuentes como en personas adultas dependientes al alcohol.
- El abandono de las actividades habituales no siempre se observa en adolescentes con trastorno por uso de drogas, pudiendo mantener ciertas rutinas en paralelo al consumo.

Debido a las diferencias clínicas en la presentación del trastorno y a que los problemas derivados del consumo suelen presentarse con menor magnitud que en personas adultas, es probable que las personas adolescentes tiendan a identificar más ventajas que desventajas derivadas de su consumo, lo que también incide negativamente en su problematización del uso de drogas y en su motivación al cambio (Bukstein, 2018).

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

Se debe considerar que, las personas adolescentes pueden presentar un trastorno por dependencia, sin embargo, ese diagnóstico es menos frecuente que en personas adultas, dado que en adolescentes no siempre se observan los indicadores de síndrome de abstinencia, tolerancia, pérdida de control ni de abandono de otras actividades o intereses (Bukstein, 2018; Chung & Martin, 2011).

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

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

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

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

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

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

Por último, se debe considerar que, en casos de mayor data de consumo, como AJ que iniciaron el uso de drogas antes de los 15 años, se puede observar mayor daño acumulativo y un trastorno por uso de sustancias de mayor severidad y con características semejantes a las observadas en una enfermedad crónica de la salud (White, 2008), es decir, un trastorno multifactorial, en cuya evolución se presentan ciclos de mejora y recaídas, requiriéndose, a menudo, de varios años y diversos episodios de tratamiento para alcanzar una recuperación estable (Dennis et al., 2005; Costello et al., 2016)

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

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

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

En ese sentido, se ha definido la recuperación del trastorno por uso de sustancias, como un proceso de cambio mediante el cual la persona mejora su condición de salud, su funcionamiento social y su calidad de vida de manera global, considerando que esos logros se sostengan en el tiempo y permitan el ejercicio de la ciudadanía (SENDA, 2020).

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

Asegurar la sostenibilidad de los cambios implica que los sistemas de tratamiento deben ser integrales, flexibles y centrados en las necesidades de cada persona, incluyendo una amplia gama de servicios y apoyos complementarios (educación, empleo, uso de tiempo libre y otros) coordinados para aportar a los itinerarios personalizados de recuperación. A su vez, se requiere de un enfoque de intervención orientado hacia el ejercicio de ciudadanía y que, por lo tanto, considere la integración social y la construcción (o reconstrucción) de una vida en la comunidad, a través de relaciones familiares, personales y sociales saludables (SENDA, 2017).

El proceso de recuperación involucra el fortalecimiento de los capitales de recuperación, entendidos como aquellos recursos internos y externos, que presentan las personas o grupos, que han desarrollado o adquirido a través de la vida y que pueden servir de base para iniciar y sostener la recuperación. (Cloud et al., 2008). Se trata de reconocer y distinguir que todas las personas cuentan con capitales a nivel social, físico, humano y cultural y que dichos recursos son fundamentales para su proceso de recuperación.

Además, este enfoque reconoce el rol protagónico de la persona en su propio proceso de recuperación y que éste necesariamente implica (SAMHSA, 2012):

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

Desde esta perspectiva, en el proceso de recuperación cobra especial relevancia el enfoque de derechos, que busca reconocer y garantizar el respeto de la dignidad, la vida, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación de la persona AJ como titular de derechos.

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

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

La investigación muestra que la tasa de recuperación es menor durante la adolescencia, aumenta a través de la adultez y declina en la adultez mayor (White, 2006), por lo que, se recomienda adaptar los conceptos relativos a la recuperación de acuerdo al curso de vida.

Las personas adolescentes presentan variadas dificultades y desafíos para llegar a desarrollar suficiente capital de recuperación y suelen presentar, simultáneamente, 3 o más factores de riesgo (uso de drogas, problemas de salud mental, situaciones de violencia y victimización e involucramiento en delitos y otros). En ese contexto, el tratamiento con adolescentes debe brindar especial atención a otras necesidades existentes, más allá del consumo, dado que esas problemáticas tienen incidencia en la probabilidad de recaídas, con mayor énfasis que en la población adulta (Dennis et al., 2007).

White et al. (2009) indican que, en la aplicación del concepto de recuperación con adolescentes, se deben incorporar también los conceptos de resiliencia y recuperación familiar.

Desde esta perspectiva, *la resiliencia* se define como la “capacidad de resistir la destrucción, de proteger la propia integridad y de construir la propia vida, a pesar de las circunstancias adversas”. La resiliencia no se considera un atributo con el que la persona nace ni como algo adquirido individualmente, sino que se trata de un proceso interactivo entre la persona y su medio que se va dando en el transcurso del desarrollo.

En ese marco, el tratamiento puede ser entendido como un intento de alterar el balance que oscila desde la vulnerabilidad hacia la resiliencia, mediante una menor exposición a situaciones que generen estrés y atenten contra la salud, y en la identificación y refuerzo de los factores protectores. Más que centrarse en los circuitos que mantienen la situación de vulnerabilidad, se trata de fortalecer aquellas condiciones y recursos que posibilitan abrirse a un desarrollo más sano y positivo.

La *recuperación familiar*, por otra parte, refiere a los capitales de recuperación de las figuras parentales, o personas adultas que desempeñan esa función, y el impacto de esos recursos en la familia (White et al. 2009). En ese sentido, cobra relevancia la consideración de los capitales social, físico, humano y cultural, no solo de la persona adolescente, sino que de todo el grupo familiar.

Al respecto se debe destacar que, la participación de la familia en el tratamiento es fundamental. La investigación ha demostrado que las familias a menudo se ven afectadas por el abuso de drogas de las personas adolescentes y este consumo está influenciado por las interacciones familiares, de

manera bidireccional (Alexander et al., 2013). Además, se ha observado que el involucramiento de la familia puede mejorar el compromiso del o la adolescente con el proceso terapéutico, impactando positivamente en la adherencia al tratamiento y en la disminución del uso de sustancias y de otros problemas asociados (Nathan et al., 2016).

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

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

Como se ha descrito, las personas con consumo problemático de drogas, habitualmente, se muestran resistentes a asistir a tratamiento y, en particular, la población adolescente, suele presentar mayores dificultades para problematizar su consumo y solicitar ayuda (Bukstein, 2018).

Para comprender las dificultades que las personas experimentan al intentar abandonar el uso de drogas, entre otros cambios conductuales, el modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente, describe diversos momentos de disposición o motivación para cambiar e identifica las estrategias específicas que tendrían mayor resultando, dependiendo del estadio motivacional en el que se encuentre la persona (MINSAL, 2015).

Los autores definen la motivación como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar (Prochaska et al, 2005). Esa disposición personal puede verse influida por múltiples factores y presentar fluctuaciones en distintos momentos, por lo que, es importante entender el cambio como un proceso complejo y dinámico, que no se desarrolla en forma lineal y progresiva, sino que puede presentar avances y retrocesos, pasar rápidamente de un estadio a otro o, por el contrario, detenerse “obstinadamente” en alguna etapa, o en un estado de ambivalencia, entre los argumentos a favor y en contra del cambio. (MINSAL, 2015).

Estas características del proceso de cambio suelen verse acentuadas en la población adolescente, debido al dinamismo y complejidad de esta etapa del desarrollo, por lo que es muy necesaria la incorporación de intervenciones motivacionales, desde una perspectiva específica, según el estadio de cambio en que se encuentre la persona en cada momento y en consideración de las variables evolutivas.

Por otra parte, la investigación indica que la motivación extrínseca, es decir, aquella determinada por estímulos externos y refuerzos del medio, puede incidir en que las personas, inicialmente reticentes, acepten el ingreso a tratamiento por consumo problemático de drogas, generándose una oportunidad para la intervención. Sin embargo, el cambio confiable y constante en el tiempo está asociado a la motivación intrínseca, es decir, aquella que surge desde los intereses de la persona y que no depende, sustancialmente, de motivadores externos (Deci et al., 2008).

Considerando que las personas AJ no suelen acudir a tratamiento por sí mismas, se debe destacar que tanto las intervenciones y sanciones legales, como la presión de familiares o personas adultas significativas, juegan un papel importante para propiciar el ingreso y la mantención en tratamiento.

Estudios internacionales han mostrado que el tratamiento puede funcionar en contexto obligado o con algún nivel de coacción externa, siempre que se realice una efectiva intervención motivacional que permita extraer y reforzar la motivación intrínseca de la persona orientada al proceso terapéutico (NIDA, 2014). En ese sentido, cobra vital importancia el trabajo motivacional, dirigido a explorar y relevar la motivación intrínseca de cada AJ, a través del reconocimiento de sus valores, intereses y deseos y sobre cómo éstos pueden relacionarse con la problemática de consumo y con las metas del tratamiento.

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

La Entrevista Motivacional es un enfoque, particularmente, concordante con las características de las personas, en la medida en que, es un estilo de comunicación que valida la necesidad de ejercer su independencia y tomar sus propias decisiones, a la vez que les invita a reflexionar y a buscar sus propios argumentos para el cambio (MINSAL, 2015).

2.5. Conceptualizaciones sobre la conducta infractora en AJ

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

En las sociedades modernas, la adolescencia se encuentra impactada por una serie de cambios sociales y culturales que interaccionan con el proceso de desarrollo y cuyas tensiones podrían dar paso a un periodo crítico donde se inician conductas antisociales. Se ha observado que las tasas más elevadas de transgresión social se manifiestan durante la adolescencia, en torno a los 15 años, y disminuyen paulatinamente a través de los años (Herrera et al, 2004; Ortega Ruiz et al, 2005). Varios estudios longitudinales han confirmado que el delito comienza a declinar a fines de la adolescencia y la adultez temprana, independiente de la edad de inicio (Loeber et al., 2012)

Estudios retroactivos, revelan la necesidad de diferenciar aquellos actos aislados que se inician y terminan en la adolescencia, de aquellos comportamientos delictivos persistentes que se mantienen en la adultez. Las investigaciones demuestran que entre un 5% y un 14% de las personas

adolescentes persisten en conductas delictivas, siendo este grupo el responsable del 50% al 60% de los delitos graves cometidos (Pérez-Luco et al., 2014)).

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

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

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

El principio de Necesidad indica que el tratamiento penal debe estar centrado en las necesidades criminógenas de la persona. El modelo define como “riesgos dinámicos” o “necesidades criminógenas” a aquellos factores asociados con el comportamiento infractor que se pueden cambiar mediante estrategias adecuadas y cuya intervención se asocia con la disminución de la reincidencia delictiva.

Entre los factores de riesgo dinámicos se identifican: Pauta de personalidad antisocial, Cogniciones antisociales, Pares antisociales, Familia y/o pareja, Escuela y/o trabajo, Tiempo libre y/o recreación, Abuso de alcohol y/o drogas. Si bien, en este modelo, el consumo de alcohol y drogas constituye una necesidad criminógena, éste no es el principal factor de riesgo, por lo que, en la mayoría de los casos, la intervención para disminuir la reincidencia delictual implica abordar otros riesgos.

El principio de Receptividad, por otro lado, releva la importancia de considerar en el diseño de la intervención para disminuir la reincidencia delictual de aspectos relacionados con la capacidad de respuesta de cada persona a determinada intervención, de acuerdo a disposiciones, recursos y déficits individuales y a factores contextuales.

Por otra parte, el enfoque del desistimiento en delito investiga los factores biológicos, maduracionales, vinculares, sociales y psicológicos que explican al hecho que las personas con conductas infractoras, en algún momento de su vida, comiencen un proceso de disminución/desaceleración de esas conductas. Los estudios abordan diversos mecanismos y factores que estarían a la base del proceso de desistimiento, entendiendo que no son automáticos o espontáneos, sino que están condicionados por diversas variables personales y de contexto.

Una teoría refiere a la reforma maduracional; es decir que “las conductas delictuales van disminuyendo a medida que pasan los años” (Maruna, 2009) y es esperable que la participación en delitos se interrumpa, en la medida que las personas avanzan en sus procesos de desarrollo vital. Desde la teoría de los vínculos sociales, se señala que las personas AJ, en la medida que crecen,

tienen acceso a otras fuentes de logros y satisfacción social (un trabajo, una pareja y, eventualmente, hijos); al ocurrir esto, gradualmente, desisten de la conducta delictiva. A su vez, los modelos motivacionales del desistimiento, plantean cambios cruciales, asociados a la edad, respecto al concepto de sí mismos/as, sus motivaciones, aspiraciones y actitudes.

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

▪ **Consideraciones sobre la Relación Droga Delito**

Como se ha señalado, la evidencia empírica muestra que el abuso de alcohol y otras drogas es un comportamiento común en adolescentes con infracción de ley. La asociación delito- drogas ha sido ampliamente estudiada a nivel internacional, sin embargo, no existe un consenso sobre de una posible relación causal ni respecto del mecanismo de interacción que opera entre ambos fenómenos (Bennett et al, 2008).

Se presentan distintos modelos explicativos basados en resultados de diversas investigaciones. Por una parte, algunas teorías plantean una relación causal unidireccional, es decir que, uno de los fenómenos se asocia al otro. Respecto a la hipótesis del consumo como causa de la comisión de delitos, el modelo más conocido es el desarrollado por Goldstein (1985) que define los mecanismos económico compulsivo, psicofarmacológico y sistémico. Mientras que, en la dirección contraria, quienes plantean que la actividad delictiva propicia el consumo de alcohol y otras drogas, mencionan factores como el mayor poder adquisitivo que genera el delito, el uso de drogas como rito de celebración de hazañas delictuales, el contacto con pares involucrados en consumo y la formación de una identidad delictiva que valida el uso de drogas (Bennett et al., 2005; Doherty et al., 2008).

Otro grupo de teorías describen una relación bidireccional, considerando que, en algunas circunstancias, el consumo de drogas podría inducir o incrementar la actividad delictual y en otras, el involucramiento en delito propiciaría el inicio del consumo o podría aumentar su frecuencia o intensidad. Desde esta perspectiva, la relación entre ambas conductas sería más compleja e involucraría un reforzamiento recíproco (Bennett et al., 2005).

Un tercer grupo de teorías sostiene que no existe un vínculo causal, sino que se pueden identificar otros factores comunes que incidirían en la producción de ambos fenómenos, tales como: un temperamento difícil en la infancia (Chess et al., 1984), una baja capacidad de auto-control (Gottfredson y Hirschi, 1990; en Bennett et al., 2005), un bajo desempeño y/o deserción escolar (Farrington et al., 2007), entre otros factores de riesgo.

A su vez, algunos estudios destacan la complejidad de la interacción y plantean la necesidad de diferenciar los factores que inciden en el inicio de una u otra conducta, de la interacción que puede

observarse a lo largo de la trayectoria delictual. En ese sentido, algunos patrones de consumo pueden estar asociados a la iniciación en diferentes tipos de delitos y esa relación puede cambiar en distintos momentos de la vida (Bennett et al., 2008), la droga puede ser un factor relevante en el escalamiento a delitos violentos y para quienes primero inician el uso de drogas y después la actividad delictual, es más probable que se inicien directamente en delitos violentos y que cometan mayor cantidad de delitos en el mismo año de inicio (Del Villar 2015; en Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015).

En este mismo sentido, la investigación y propuesta de intervención de la Universidad de la Frontera, denominada Modelo Multidimensional de Intervención Diferenciada con Adolescentes (MMIDA) plantea una diferenciación según tipos y subtipos de delincuencia y, de acuerdo, al nivel de riesgo criminógeno identificado, estableciendo consideraciones para la intervención con cada grupo, en términos del tipo de intervención, su intensidad y frecuencia (Pérez-Luco et al., 2014).

En ese marco, el modelo describe el rol que cumple el uso de sustancias psicoactivas y su funcionalidad particular, diferenciada para cada grupo, señalando también la relevancia que adquiere el tratamiento por consumo problemático para la intervención criminológica en cada caso. Así, por ejemplo, las personas AJ que se encuentran en el grupo de delincuencia transitoria, pueden verse altamente beneficiadas con el tratamiento, especialmente, si cuentan con una red social prosocial a su alrededor; mientras que, en el grupo de delincuencia persistente, la incidencia de la problemática de consumo en la trayectoria delictual, variará dependiendo del subtipo y del nivel de riesgo que presente cada caso.

3. Modelo de Atención

3.1. Marco General de Integración en la Red de Salud

La comprensión del trastorno por uso de alcohol y otras drogas como una problemática de salud, desde una perspectiva de salud mental integrada a la salud general, determina la necesaria integración de los servicios de tratamiento en el marco de la red de salud, de manera amplia e integral.

En ese sentido, si bien, este Programa de Tratamiento está dirigido a brindar un servicio especializado y focalizado en la población de AJ en el marco de la LRPA, se debe promover la permanente articulación con otros servicios y programas de salud, para integrarse como parte de un continuo de atención y cuidados, que facilite el acceso y la oportuna respuesta a las diversas necesidades de salud que presentan las personas usuarias.

Para cumplir con este objetivo, resulta fundamental conocer los principios y enfoques que sustentan la organización de la Red de Salud General y la Red Temática de Salud Mental en el país.

En primer lugar, el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria, establece los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud y es entendido como un modelo sobre la relación de dichos equipos con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, poniendo a las personas en el centro de la toma de decisión, reconociéndoles como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible (MINSAL, 2012).

El modelo aborda los problemas de salud general, incluidos los problemas de salud mental, abarcando todos sus ejes, en un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria (APS), entendida como un primer nivel de atención y cuidados, que da respuesta a la mayor parte de las necesidades de salud de la población y se constituye en la puerta de entrada a la red de atención¹⁶.

Lo anterior se integra y complementa con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, al que se ha venido transitando en Chile desde la década del noventa y que, como se describió en el apartado de Fundamentos Conceptuales, es un modelo que se centra en la persona, su familia y su comunidad, considerando el impacto de la condición de salud de la persona sobre su entorno comunitario y cómo este entorno puede contribuir a su bienestar.

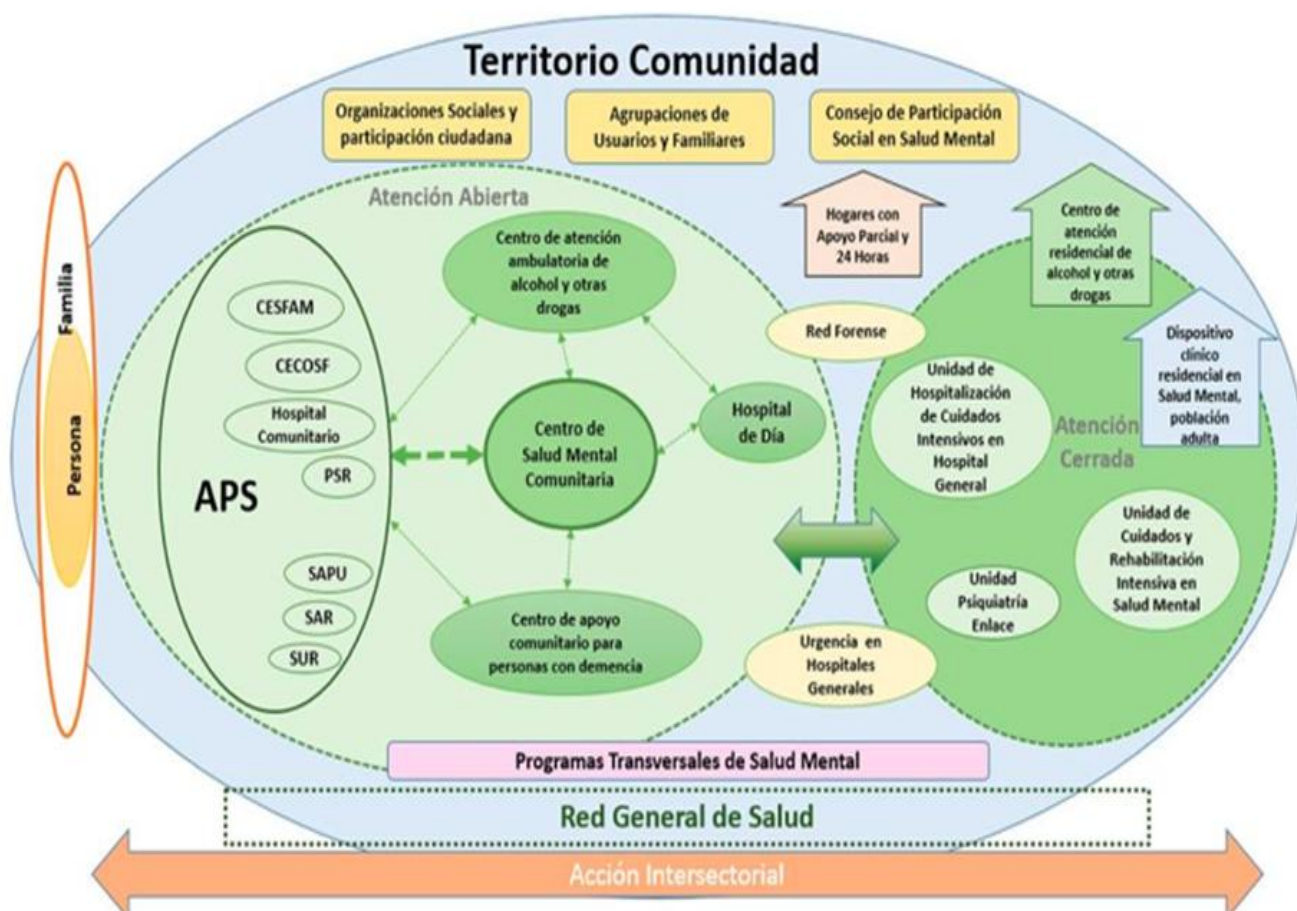
En ese sentido, el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental coexisten y se relacionan dinámicamente, en la medida en que ambos modelos reconocen a las personas como parte de un grupo familiar y una comunidad, y conciben la salud mental bajo los principios de integralidad, territorialización, ejercicio de derechos y continuidad de cuidados.

En ese contexto, la *Red Temática de Salud Mental* tiene por objetivo promover el bienestar de la población, respondiendo a sus necesidades de salud mental, en un continuo que va desde la prevención a la recuperación e inclusión sociocomunitaria, en un trabajo coordinado con el intersector y la comunidad; por medio de la articulación de las acciones y relaciones entre los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental y la Red de Salud General (MINSAL, 2018).

En el siguiente diagrama se grafica la diversidad de nodos de atención que forman parte de la *Red Temática de Salud Mental* en el marco de la Red General de Salud y donde se incluyen centros de atención de alcohol y otras drogas, entre otros nodos que brindan atención a esta problemática, desde una perspectiva integral.

Figura 1. Diagrama de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud

¹⁶ En este Programa de tratamiento, considerando el marco jurídico de la LRPA y las particulares condiciones de vulnerabilidad de las personas usuarias, excepcionalmente, se ha definido el acceso directo a los centros o programas especializados en tratamiento de consumo problemático. De igual forma, resulta fundamental que, desde el primer contacto con las personas usuarias, los equipos tratantes promuevan y faciliten su conexión con los nodos APS de su territorio para garantizar el acceso a la atención en salud de manera integral.



En este marco, se espera que las necesidades de salud mental que presenten las personas, sean abordadas, primeramente, en un centro de APS. En estos establecimientos la atención en salud mental se encuentra transversalizada, en la medida en que se busca que las atenciones de salud mental se integren en las prácticas de todos los integrantes del equipo de APS.

Ahora bien, cuando debido a la evolución del trastorno, en algún momento la condición de salud de una persona presenta mayor nivel de gravedad y requiere de cuidados con una alta intensidad en salud mental, entonces se realiza la derivación al nivel de especialidad ambulatoria. El Centro de Salud Mental Comunitaria, o el equipo ambulatorio hospitalario, es el nodo de atención estratégico de Especialidad, intercomunicador con la APS y otros puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental y otras especialidades. Así, desde este establecimiento, la persona usuaria puede transitar en algún momento a un Hospital de Día o, por un periodo breve, a una Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), según se requiera.

Considerando lo anterior, la *Red Temática de Salud Mental* se define como un sistema de vínculos e interacciones de relaciones horizontales entre los diversos nodos y puntos de atención que la componen, con el propósito de favorecer, a través de su organización y disposición de recursos, la

integralidad y la continuidad de la atención y cuidados. En la articulación de la Red se hace necesaria la existencia de mecanismos y procedimientos de coordinación, a lo largo de todo el continuo de servicios, con la finalidad de garantizar que las personas cuenten con acompañamiento y seguridad en la atención, de manera continua y oportuna.

En ese contexto, adquieren relevancia los diversos mecanismos de coordinación, como las mesas de gestión intersectorial, las instancias de la red de salud general y de salud mental y el trabajo mancomunado para establecer protocolos y acuerdos de coordinación a nivel local, así como también, la permanente articulación con las estrategias y acciones desarrolladas en el marco del Sistema Intersectorial (SISI), con la finalidad de favorecer la oportuna coordinación, integración y sinergia en el uso de recursos disponibles, orientados al abordaje integral y efectivo de las necesidades de salud que presentan las personas AJ.

3.2. Continuo de Cuidados en el Ámbito del Consumo de Sustancias

Es importante considerar que sólo una proporción de la población total de personas que cumplen sanciones y medidas, en el marco de la LRPA, presentan un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y requieren del acceso a atención especializada centrada en el tratamiento, mientras que otra significativa proporción de AJ presentan otras necesidades de atención en el ámbito del consumo de alcohol y drogas.

Como puede observarse en la siguiente gráfica, la atención integral de AJ involucra un continuo donde el tratamiento especializado corresponde a uno de varios niveles de atención en el abordaje de esta temática:

Figura: Continuo de Cuidados en el Consumo de Sustancias

Continuo de Atención en el Consumo de Sustancias



Elaboración propia a partir de documento técnico.
Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva, España.

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

Como se ha señalado, se debe tener especial consideración de los riesgos que el uso de drogas conlleva para la salud y el desarrollo de AJ, lo que, sumado a otros determinantes sociales de la salud, puede aumentar los niveles de vulnerabilidad psicosocial, complejizar la problemática delictiva y/o las condiciones de estigma, discriminación y exclusión social que limitan sus oportunidades de desarrollo.

En ese contexto, en la atención de AJ se debe contemplar, en un primer nivel de cuidados, la prevención ambiental que busca modificar las condiciones inmediatas, ambientales, culturales, sociales, físicas y económicas que facilitan el uso de drogas (MINSAL, 2015), mediante la incorporación de acciones dirigidas a reducir las condiciones de riesgo y favorecer un entorno familiar y social adecuado para el proceso socioeducativo y de integración social, en el marco del cumplimiento de sus medidas y sanciones. Esto implica promover ambientes protegidos y normalizadores, libres de drogas, en los que se privilegien relaciones respetuosas y se resguarden las condiciones de protección y cuidado necesarias para favorecer el desarrollo de AJ.

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

En este marco, adquieren especial relevancia todas las estrategias preventivas que apuntan a la oportuna detección y resolución temprana del uso de drogas, desde las fases iniciales de experimentación y consumo ocasional, hasta la identificación de consumo de riesgo. Los entornos de atención de salud no especializados pueden cumplir un rol importante en este propósito, en complemento a otros recursos preventivos presentes en los territorios y sumados a las estrategias desplegadas por los centros o programas que ejecutan sanciones y medidas y otros equipos psicosociales involucrados en la atención de esta población, al desarrollar acciones de promoción y prevención general en salud, detección oportuna del consumo y la realización de intervenciones breves o motivacionales, o bien de prevención selectiva e indicada, según corresponda.

3.3. Programa de Tratamiento por consumo problemático de drogas

En el marco general descrito, el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol y otras drogas se define como un proceso de intervención estructurado que incluye una serie de atenciones y prestaciones dirigidas al cumplimiento de objetivos terapéuticos y que tienen por finalidad mejorar la salud y la calidad de vida de manera global de las personas que presentan un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

Como se ha indicado, el consumo problemático tiene múltiples dimensiones y genera repercusiones en diversos aspectos de la vida de las personas, por lo que el tratamiento debe abordar varios ámbitos, incluyendo: el uso de drogas, otros problemas de salud general y mental, aspectos del desarrollo y necesidades de integración familiar y social. Las metas del tratamiento están dirigidas tanto a detener o reducir el uso de sustancias, como también, a mejorar la salud, el bienestar y el funcionamiento social, evitando daños futuros para la salud y disminuyendo los riesgos de complicaciones y recaídas.

Esta perspectiva integral del tratamiento implica el involucramiento de figuras parentales, familiares, equipos que ejecutan sanciones y medidas y otras personas importantes en la vida de cada AJ.

Las diferentes modalidades de tratamiento incluidas en este Programa de Tratamiento consisten en un programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones, asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, pudiendo incluir las siguientes prestaciones:

- a) Consulta médica
- b) Consulta psiquiátrica
- c) Consulta de salud mental (individual y familiar)
- d) Intervención psicosocial de grupo
- e) Consulta psicológica
- f) Psicoterapia individual

- g) Psicoterapia de grupo
- h) Psicodiagnóstico (incluye aplicación de test si corresponde)
- i) Visita domiciliaria

En el tratamiento están incluidos, además, sin costo para la persona usuaria, los medicamentos requeridos para abordar el trastorno por consumo de sustancias y/o la comorbilidad psiquiátrica, de acuerdo al estado de salud y necesidades de cada persona usuaria.

Se espera que la mayor parte de las prestaciones se realicen de manera presencial. Lo anterior implica la atención en dependencias físicas del centro o programa de tratamiento y también la ejecución de intervenciones en terreno, considerando domicilio, escuela, lugar de cumplimiento de medida o sanción, entorno barrial u otros lugares donde habitan y se desenvuelven cotidianamente las personas usuarias y/o sus familiares. De manera complementaria a las prestaciones presenciales, en el tratamiento se pueden incorporar otras atenciones realizadas de manera remota, mediante video llamada.

El tipo de intervenciones y su frecuencia, se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el logro de los objetivos terapéuticos, definidos en conjunto con cada AJ, de manera personalizada, considerando sus características, necesidades y recursos y que debe materializarse en un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) o Plan de Cuidados Integral (PCI)¹⁷.

Principios y Enfoques de Intervención

En el diseño y ejecución del tratamiento se deben integrar los modelos y enfoques de intervención basados en evidencia y que han mostrado resultados en el tratamiento con AJ (MINSAL, 2013):

- La Entrevista Motivacional: efectiva en el tratamiento con AJ por consumo problemático de variadas sustancias y en distintos contextos de intervención. Su efectividad en adolescentes es mayor si se combina con otras estrategias a nivel individual y familiar.
- *La Terapia Cognitivo Conductual*: eficaz para ayudar a reducir el consumo y con ello fortalecer la motivación y compromiso con el tratamiento. Se incluye la terapia de prevención de recaídas, el uso de incentivos para reforzar la abstinencia, el desarrollo de habilidades de afrontamiento ante desencadenantes y deseos de consumo, las intervenciones para reemplazar la conducta de consumo por actividades gratificantes y constructivas y el fortalecimiento de habilidades para resolver problemas y mejorar las relaciones interpersonales.

¹⁷ En los programas de tratamiento que funcionan en dispositivos públicos, los contenidos del Plan de Tratamiento pueden enmarcarse dentro de un plan de cuidados integral (PCI) más amplio que complementa otras áreas y necesidades de cuidados de las personas AJ, más allá del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias. Por lo anterior, en las presentes Orientaciones Técnicas siempre que se hace referencia al Plan hoja de ruta del proceso de tratamiento se comprenderá que puede estructurarse en un PTI o PCI, según corresponda.

- *Consideración de las Familias y la Comunidad como aspectos claves:* Como se ha señalado, la investigación muestra que el apoyo de la familia y de otras personas o grupos de la comunidad son muy importantes para incentivar el ingreso a tratamiento, apoyar el proceso de recuperación y aumentar la probabilidad de alcanzar logros terapéuticos.

Sumado a lo anterior, los hallazgos de la investigación a nivel internacional han mostrado que el tratamiento efectivo con población AJ debe contemplar los siguientes aspectos (NIDA; 2014):

- Tratamiento de la comorbilidad de salud mental. Si no se realiza una oportuna detección y abordaje de los trastornos concurrentes, estos incidirán negativamente en la adherencia al tratamiento.
- Identificar e intervenir oportunamente el riesgo de suicidio, considerando la alta prevalencia observada en esta población. Es fundamental la indagación en factores de riesgo y la detección oportuna de señales de alerta, para su monitoreo, intervención y derivación, según corresponda.
- Identificar y abordar problemáticas sensibles de violencia y abuso. Considerar que muchas personas AJ en tratamiento presentan un historial de problemas psicosociales, de violencia, abuso sexual u otro trauma. Ante la sospecha de abuso, se deben realizar derivaciones y acciones de acuerdo a la normativa legal vigente.
- Monitoreo del uso de sustancias durante todo el transcurso del tratamiento, mediante screening como complemento al auto reporte. La oportuna identificación e intervención sobre el episodio de recaída disminuye la probabilidad de retorno al consumo continuo y otros riesgos asociados.
- La permanencia durante un período de tiempo adecuado. Si bien, la duración del tratamiento depende de las necesidades de cada AJ, los estudios muestran que la probabilidad de buenos resultados aumenta a partir de los 3 meses de permanencia.
- La continuidad de cuidados post egreso favorece la mantención de resultados a mediano y largo plazo. Debe incluir el monitoreo del uso de drogas y de la mantención de los logros terapéuticos alcanzados, visitas de seguimiento en el hogar y apoyo a la familia en su vinculación con otros servicios necesarios.

Además, se recomienda revisar los contenidos del anexo n° 1 de las presentes Orientaciones Técnicas: Prácticas Recomendadas para la Intervención con Personas Adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias.

Por último, deben contemplarse los siguientes principios orientadores y enfoques de intervención que resultan centrales en el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas:

Enfoque de derechos	Se busca garantizar el derecho a la salud, en materia de consumo problemático de drogas y salud mental. En ese marco, los equipos tratantes deben guiar su accionar por las normas y principios de los derechos humanos, promoviendo las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos de las personas usuarias y fomentando su participación, de acuerdo a su edad, madurez y/o etapa evolutiva.
Oportunidad de la atención	El consumo de sustancias debe ser detectado y abordado lo antes posible. Las drogas pueden tener efectos duraderos en el desarrollo integral de la persona adolescente, por lo que es muy importante identificar e intervenir tempranamente en la situación de consumo. Se debe garantizar el oportuno acceso a todas las prestaciones requeridas.
Integralidad de la atención	El tratamiento debe abordar las necesidades de cada AJ de manera integral, en lugar de centrarse únicamente en su problemática de consumo, incorporando una perspectiva amplia que busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan y mantienen el uso de drogas.
Atención personalizada y flexible	El tratamiento debe adaptarse a las necesidades únicas de cada persona usuaria, según su nivel de desarrollo y sus recursos y características particulares, reconociendo su rol como protagonista central del proceso.
Enfoque de Género	Identificar e intentar reducir las inequidades y discriminaciones, asociadas al sexo asignado al nacer, que se originan en la cultura y provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Considerar las necesidades y los recursos que presentan mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual y de género, incluyendo estrategias diferenciadas.
Dimensión evolutiva	La intervención debe contemplar y ajustarse a la edad y al nivel de desarrollo de cada persona y las implicancias que eso tiene respecto de sus necesidades, motivaciones, recursos e intereses. Incorporar un enfoque de autonomía progresiva.
Vinculación con el medio	Énfasis en la intervención ambulatoria y en la comunidad. Evitar activamente la desvinculación del entorno familiar y comunitario, relevando las posibilidades y recursos que su medio le ofrece a cada AJ y/o su posible resignificación. Cuando la desvinculación del medio resulte estrictamente necesaria, se debe procurar que esta sea por el menor tiempo posible, generando las estrategias requeridas para facilitar una pronta re vinculación.
Promoción del desarrollo y	El tratamiento debe enfatizar las capacidades, fortalezas y recursos a nivel personal y familiar, evitando centrarse, exclusivamente, en las carencias y déficits. Se debe

resiliencia	evitar activamente cualquier riesgo de “patologizar” o de generar nuevos estigmas y desvalorizaciones. El equipo tratante debe relevar las experiencias de logro y los avances durante el proceso de tratamiento.
Responsabilización frente al delito	El tratamiento debe apoyar el trabajo realizado por los programas y centros que ejecutan sanciones y medidas. Se espera que el tratamiento incida positivamente en la disposición a responder y en la adherencia al plan de intervención establecido en el marco de la medida o sanción. Se releva la necesidad de identificar aquellos factores de riesgo comunes que inciden en la comisión de delitos y el uso de drogas y reconocer la interacción entre ambos fenómenos.
Enfoque de Reparación	El tratamiento debe promover la resignificación de las experiencias vividas, incluyendo un enfoque comprensivo para abordar el trauma. Se debe considerar los efectos que puede tener el tratamiento al exacerbar sus vulnerabilidades o factores desencadenantes, adaptando la intervención para evitar la retraumatización y creando un espacio de atención seguro para las personas usuarias.
Multidisciplinariedad	Considerando la complejidad de la problemática y desde una perspectiva biopsicosocial, se requiere de la integración de distintas perspectivas y múltiples intervenciones con participación de variadas disciplinas.
Trabajo en red	Los equipos de tratamiento deben trabajar en conjunto o en forma complementaria con los programas y centros que ejecutan sanciones o medidas, con el objetivo de fortalecer el acceso a servicios y la vinculación de las personas usuarias con redes sociales e instituciones relacionadas con educación, empleo, vivienda, participación social, recreación y uso del tiempo libre, entre otras áreas necesarias para la integración social de AJ.
Continuidad de cuidados	Se debe asegurar que la atención se desarrolle de manera ininterrumpida y coordinada. Esto implica estrategias de derivación asistida, análisis de caso en conjunto, intervenciones complementarias y otras realizadas en conjunto entre los distintos equipos intervinientes, con un fuerte trabajo en red, para el desarrollo de acuerdos y criterios comunes.
Enfoque de Pertinencia cultural	El tratamiento debe considerar las necesidades específicas de las personas, reconociendo la existencia de múltiples culturas relacionadas con la religión, la identidad de género y la orientación sexual, factores socioeconómicos, la pertenencia a pueblos originarios, población migrante, entre otras variables. Se releva la responsabilidad que le corresponde a los equipos tratantes en el reconocimiento y valoración positiva de las diferencias culturales y en el adecuado abordaje de ellas.

Enfoque territorial inclusivo	El territorio es entendido como el medio físico o medioambiental sumado al conjunto de personas que lo habitan, su organización social y política, su cultura y sus instituciones, que inciden en las oportunidades de recuperación de sus habitantes. El tratamiento debe contemplar las dinámicas y las desigualdades territoriales que afectan a las personas usuarias, así como también, las necesidades de fortalecimiento de las redes, instituciones y del capital social para sustentar los procesos de recuperación.
--------------------------------------	---

3.4. Modalidades de Tratamiento

El Programa de Tratamiento comprende 5 diferentes modalidades que buscan responder a los variados niveles de atención y cuidados, y que se implementan en el medio libre o en contexto privativo de libertad:

Modalidad	Características
Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de libertad (PAI MP)	Programa terapéutico que se realiza de manera ambulatoria, al interior de centros privativos de libertad de administración directa de SENAME o SRJ, con la finalidad de proveer de una intervención clínica en salud mental para AJ que cumplen una sanción o medida en ese contexto, de manera complementaria e integrada a la intervención del equipo del centro privativo de libertad.
Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre (PAI ML)	<p>Programa terapéutico que se realiza de manera ambulatoria, mediante el traslado de un equipo de tratamiento ambulatorio al interior de la Sección Juvenil, varias veces a la semana, con la finalidad de proveer una intervención clínica en salud mental para AJ que cumplen sanción en ese contexto, de manera complementaria e integrada a la intervención del equipo de la Sección Juvenil.</p> <p>Programa terapéutico que se realiza de manera ambulatoria, dirigido a AJ que cumplen una sanción o medida en medio libre o semicerrado y que asisten a tratamiento durante el día, varias veces a la semana, mientras continúan insertas en su hogar o lugar de cumplimiento de sanción (semicerrado), de manera complementaria e integrada a la intervención de los equipos que ejecutan medidas o sanciones.</p>
Tratamiento Residencial en Medio Libre (PR ML)	Programa terapéutico que se realiza de manera residencial, dirigido a AJ que cumplen una sanción o medida en medio libre o semicerrado y que brinda cuidados terapéuticos planificados, 24 horas del día, en un ambiente de aprendizaje activo y vida grupal altamente supervisada y estructurada, de manera complementaria e integrada a la intervención de los equipos que ejecutan medidas o sanciones.

Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo de libertad(UHCIP MP)	Programa terapéutico de hospitalización dirigido a AJ que cumplen una sanción o medida en medio privativo de libertad, donde se otorga atención clínica de alta especialidad psiquiátrica y de enfermería las 24 horas, al interior de centros privativos de libertad de administración directa de SENAME o SRJ.
Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre (UHCIP ML)	Programa terapéutico de hospitalización dirigido a AJ que cumplen una sanción o medida en medio libre o semicerrado, donde se otorga atención clínica de alta especialidad psiquiátrica y de enfermería las 24 horas, en contexto hospitalario.

▪ **Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de libertad (PAI MP):**

Esta modalidad está dirigida a AJ que cumplen medidas y sanciones en centros privativos de libertad y que presentan:

- Consumo problemático de alcohol y/u otras drogas,
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo,
- Con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que, de existir, debe estar compensada¹⁸.

En esta modalidad, uno de los principales desafíos es la coordinación y organización de los tiempos de los jóvenes con los equipos técnicos del medio cerrado; si bien, la frecuencia de asistencia estimada es de 3 a 4 días a la semana, con una concentración de 2 a 4 prestaciones por día, variable de acuerdo a las necesidades y recursos de cada AJ y a las estrategias de intervención que se definan de manera complementaria y/o integrada a la oferta programática del centro privativo de libertad y la intervención especializada realizada por el equipo SENAME o SRJ.

La duración aproximada del tratamiento es de 12 a 18 meses, con una extensión flexible, de acuerdo a la evolución del proceso terapéutico de cada AJ. Especialmente, en internación provisoria, es probable que el egreso de esta modalidad de tratamiento se produzca antes de finalizar el proceso terapéutico, por un cambio de medida o sanción que implique la salida al medio libre, al sistema semicerrado u otro contexto privativo de libertad.

¹⁸ Considerando lo establecido en la Ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, del Ministerio de Salud, enfermedad o trastorno mental se entiende como una condición mórbida que presenta una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Por tanto, es un proceso de salud dinámico, donde varía la intensidad de apoyo que requiere la persona. Ante esto, por “compensada” se entenderá como la ausencia de emergencias psiquiátricas agudas y no como la ausencia total de síntomas asociado al cuadro de salud mental.

La especificidad de esta modalidad y el particular contexto de intervención, exigen una intensiva comunicación y coordinación con la dirección y los equipos del centro privativo de libertad, con el fin de resguardar el trabajo complementario entre los diferentes equipos intervinientes y la continuidad de cuidados. En ese sentido, es fundamental la programación de instancias de coordinación entre el/la coordinador/a o director/a técnico/a del programa de tratamiento y la jefatura técnica del centro privativo de libertad, así como también, de la coordinación con profesionales, educadores/as de trato directo, equipos de GENCHI, de la escuela y otros equipos involucrados en la atención de las personas AJ.

Los diversos ámbitos de coordinación incluyen: acuerdos sobre la utilización de espacios en el centro, en base a las condiciones de infraestructura y equipamiento disponibles, la organización de las rutinas y horarios de funcionamiento del programa de tratamiento en complemento a la oferta programática del centro, los procedimientos operativos y de seguridad al interior del centro privativo de libertad, la planificación y el monitoreo de la ejecución de procedimientos y protocolos de coordinación entre los diferentes intervinientes, entre otros temas.

Desde un enfoque de salud mental integral, adquiere especial relevancia la coordinación con la Unidad de Salud del centro privativo de libertad y los permanentes flujos de información respecto del diagnóstico y monitoreo de problemáticas de salud mental y salud general de las personas en tratamiento, sobre la prescripción y administración de fármacos y la definición de acuerdos para el diseño, implementación y actualización de protocolos y procedimientos clínicos que permitan responder de manera integrada a las necesidades de salud de las personas usuarias.

Considerando las condiciones de seguridad y de resguardo de los derechos de AJ y de todas las personas que trabajan al interior de los centros privativos de libertad, es fundamental que los equipos de tratamiento tengan conocimiento y den cumplimiento a las normativas, circulares, protocolos y procedimientos específicos que regulan el funcionamiento interno de estos centros.

Con respecto al proceso de tratamiento, en el diseño y en la ejecución del PTI (o PCI) se debe considerar la participación de la persona usuaria en la rutina del centro privativo de libertad, pudiendo presentarse variaciones en la intensidad y frecuencia de las prestaciones, en distintos momentos de la trayectoria de atención, de acuerdo a las necesidades e intereses de cada AJ y los requerimientos clínicos evaluados por el equipo tratante.

Siempre que sea posible, el equipo PAI MP debe realizar intervenciones con las familias y/u otras personas adultas significativas, con ejecución en el centro privativo de libertad o en el territorio de pertenencia de cada familia.

Si bien, en esta modalidad de tratamiento, la persona usuaria se encuentra en un contexto privativo de libertad, siempre que sea posible, el equipo tratante debe realizar visitas domiciliarias u otras prestaciones en el territorio de pertenencia de cada AJ, de modo tal de poder integrar antecedentes familiares, de otras personas adultas significativas y del contexto barrial y comunitario, además de realizar acciones que permitan proyectar su posterior egreso al medio libre.

En el desarrollo del tratamiento se debe considerar el impacto que pueden generar las condiciones de encierro, entendiendo que la privación de libertad es una experiencia que produce alteraciones en el funcionamiento a nivel biológico y psicológico, ocasionadas por diversos estresores, a saber: la pérdida de la libertad, el quiebre de la rutina, de los hábitos y conductas previas, incluyendo la modificación forzada del patrón de consumo, la desvinculación familiar y de figuras significativas, la ruptura de vínculos amorosos, la preocupación por la subsistencia familiar, la dinámica contracultural de reproducción de violencia, la incertidumbre ante los tiempos y fallos en el proceso judicial, entre muchos otros factores que pueden repercutir en la condición de salud mental de las personas usuarias.

Además, se debe considerar que los efectos de la privación de libertad varían en función de los tiempos de permanencia y de la fase del proceso de prisionización en que se encuentren los y las AJ, pudiendo presentarse distintas formas de adaptación al contexto privativo de libertad y consecuencias negativas asociadas como: sintomatología de depresión o ansiedad, trastornos del sueño, presentismo y ausencia de expectativas, desproporción reactiva, reexperimentación de situaciones traumáticas, estigma internalizado, transformación de la personalidad y de la propia identidad (Eloy, 2001), entre otros efectos que el equipo tratante deberá evaluar y abordar, considerando su interacción con otros aspectos del desarrollo evolutivo, condición de salud mental y problemática de consumo de alcohol y drogas.

En el contexto privativo de libertad, adquiere particular relevancia la prevención, pesquisa temprana e intervención sobre eventos asociados a las condiciones de encierro, a eventos judiciales y/o a situaciones vitales que pueden activar o aumentar episodios de descompensación de cuadros de salud mental, con auto o hetero agresión y/o situaciones de riesgo suicida, siendo necesaria la permanente coordinación con la Unidad de Salud y con otros equipos del centro privativo de libertad para la planificación de acciones preventivas e intervenciones que permitan disminuir los riesgos asociados a estos eventos.

En los casos que así lo requieran, el equipo del PAI MP deberá establecer las coordinaciones y acuerdos necesarios con la Unidad de Salud y la dirección del centro privativo de libertad para la oportuna derivación e ingreso a una UHCIP. Estas gestiones por parte del PAI MP deben incluir la evaluación clínica de la pertinencia del ingreso a una UHCIP y el procedimiento de referencia asistida, en coordinación con el centro privativo de libertad, así como también, las acciones de seguimiento durante todo el tiempo de permanencia en UHCIP, para facilitar la continuidad de cuidados al egreso de la unidad de hospitalización.

Especificaciones en Internación Provisoria:

El encuadre terapéutico inicial con cada AJ, debe contemplar que los episodios de tratamiento en internación provisoria tienen una duración variable y su extensión está condicionada, principalmente, por factores jurídicos. El equipo PAI MP deberá explicar a cada persona usuaria el contexto de intervención y la transitoriedad de su vinculación con el programa, promoviendo, de

ese modo, un vínculo respetuoso que le ayude a afrontar la incertidumbre del proceso y a evitar la generación de falsas expectativas y la frustración asociada.

Desde el ingreso a tratamiento se debe contemplar la probable derivación a otro dispositivo, explorando las alternativas de continuidad que podrían darse, ya sea en medio libre o privativo de libertad, y favoreciendo su motivación personal con el proceso terapéutico, independiente del equipo tratante y/o del contexto de intervención. Además, se deberá enfatizar la coordinación con la red de tratamiento del territorio de pertenencia, involucrando a la familia y personas significativas de la comunidad, entre otros recursos disponibles para apoyar la continuidad de cuidados.

En comparación al medio libre, en medio privativo de libertad los equipos pueden acceder con mayor regularidad a la intervención con AJ, por lo que, la permanencia en internación provisoria brinda una valiosa oportunidad para avanzar en la problematización del consumo y en la intervención motivacional dirigida a aumentar la disposición a tratamiento. A su vez, en este contexto resulta estratégico avanzar en la profundización de los diferentes ámbitos de la evaluación integral y en la formulación de caso o síntesis diagnóstica, que servirán de base para la posterior elaboración e implementación de PTI (o PCI).

Cuando un cambio en la medida o sanción implique el egreso del centro privativo de libertad, el equipo de PAI MP deberá realizar todas las acciones necesarias para favorecer la continuidad de cuidados, incluyendo un especial acompañamiento para el proceso de referencia asistida y el traspaso al nuevo equipo tratante de toda la información recopilada durante la permanencia en internación provisoria, contando siempre con el consentimiento informado de la persona usuaria y su familiar o persona adulta responsable.

En internación provisoria, se presentan con mayor frecuencia necesidades de intervención derivadas de la reciente detención e ingreso a un contexto privativo de libertad y que pueden verse agudizadas por la incertidumbre respecto del tiempo de estadía y la resolución que tendrá el proceso judicial. Lo anterior, implica el manejo y monitoreo de síndrome de abstinencia, intoxicación, sintomatología de salud mental agudizada por efectos del encierro, con especial atención de la prevención de actividad autolítica y de riesgo suicida.

En este contexto, el equipo PAI MP debe desplegar una permanente coordinación con el equipo del centro privativo de libertad, incluyendo la articulación con la Unidad de Salud y el acompañamiento a los equipos de cada casa, realizando una intervención integrada y complementaria que promueva un enfoque preventivo que permita anticiparse y evitar situaciones y eventos críticos, sumado a las acciones de primeros auxilios psicológicos (PAP), intervención en crisis y otras gestiones que puedan desarrollar en conjunto con los equipos del centro privativo de libertad.

Todo lo anterior, considerando que uno de los objetivos de la intervención integral con esta población debe estar dirigida a contrarrestar los efectos perjudiciales a consecuencia de la detención y favorecer el cumplimiento de medida cautelar privativa de libertad, en el marco de la garantía y protección de derechos.

▪ **Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre (PAI ML)**

Esta modalidad de tratamiento está dirigida a AJ que cumplen medidas y sanciones en medio libre, semicerrado (o LAE IP) y en Secciones Juveniles, y que presentan:

- Consumo problemático de alcohol y/u otras drogas,
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo,
- Con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que, de existir, debe estar compensada¹⁹,
- En el caso de AJ en medio libre, deben contar con algún nivel de apoyo familiar o de una persona adulta significativa que brinde soporte y/o contención durante el tratamiento.

La duración aproximada de esta modalidad de tratamiento es de 12 a 18 meses, siendo flexible, en virtud de la evolución del proceso terapéutico y las necesidades y recursos que presente cada persona usuaria.

Especificaciones en medio libre y semicerrado (LAE IP):

Se estima una frecuencia de asistencia de 2 a 5 días a la semana y una concentración de 2 a 4 prestaciones por día, con una combinación de prestaciones en el centro de tratamiento y otras en terreno, de acuerdo a las necesidades de cada persona usuaria y en complementariedad y de manera integrada a las intervenciones ofrecidas por el equipo de SENAME o SRJ.

El PTI (o PCI) debe considerar las necesidades y recursos de cada AJ, contemplando las intervenciones programadas por parte del equipo o profesional encargado/a de la sanción o medida, así como también de otros programas de salud mental, de la red de protección a la infancia y adolescencia u otros, con la finalidad de favorecer la coordinación e integración de las intervenciones y actividades. En ese sentido, se deben realizar todas las gestiones necesarias para evitar la descoordinación o la duplicación entre las acciones de los distintos equipos intervinientes.

En el proceso de elaboración de PTI (o PCI) resulta fundamental la coordinación con el equipo o profesional a cargo de la sanción o medida, de modo tal de poder definir y delimitar en conjunto los ámbitos de intervención que serán abordados en el tratamiento, en complemento al Plan de Intervención Individual implementado por el o la delegado/a o equipo del centro semicerrado o LAE IP.

¹⁹ Considerando lo establecido en la Ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, del Ministerio de Salud, enfermedad o trastorno mental se entiende como una condición mórbida que presenta una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Por tanto, es un proceso de salud dinámico, donde varía la intensidad de apoyo que requiere la persona. Ante esto, por “compensada” se entenderá como la ausencia de emergencias psiquiátricas agudas y no como la ausencia total de síntomas asociado al cuadro de salud mental.

El equipo tratante deberá considerar las particularidades que determinan el contexto de cumplimiento de las diferentes medidas y sanciones, en términos de los ámbitos de acción y los tiempos, frecuencia e intensidad de la intervención realizada. Así, por ejemplo, en el caso de AJ que ingresen a tratamiento mientras cumplen una medida cautelar ambulatoria, los equipos tratantes deberán considerar que las personas están siendo procesadas por la LRPA, y que la intervención complementaria realizada por el o la delegado/a tiene, entre otros objetivos, favorecer el cumplimiento de la medida cautelar, de acuerdo a las medidas impuestas por el tribunal y en el marco de la garantía y protección de derechos. En ese contexto, desde un enfoque comprensivo, se espera que el equipo tratante busque comprender de qué modo la participación del o la AJ en un proceso de tratamiento puede contribuir al cumplimiento de dicho objetivo, en un trabajo complementario e integrado.

En particular, con AJ que cumplen una sanción de Servicios en Beneficio de la Comunidad, se debe contemplar que los tiempos de cumplimiento de esta sanción son más breves, en comparación a otras sanciones en medio libre, estando su duración determinada por el cumplimiento efectivo por parte del o la AJ de las horas de servicio establecidas en su sentencia. Lo anterior, implica que el periodo y los ámbitos de intervención complementaria entre el equipo tratante y el o la delegado/a serán más acotados, debiendo intensificar el trabajo de coordinación y el traspaso de información mientras la sanción aún se encuentre en curso y siendo esperable que la vinculación con el equipo tratante se extienda por mayor tiempo, una vez cumplida la sanción.

Por otra parte, en el caso de AJ que ingresan a tratamiento en el marco del cumplimiento de una Suspensión Condicional del Procedimiento, se pueden presentar diversas situaciones, incluyendo AJ en cuyas condiciones de suspensión se establece su adscripción a un Programa de Salidas Alternativas (PSA) de SENAME o del SRJ y/o la condición de evaluación y eventual tratamiento en el marco del Programa Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD) y/o sólo la condición de ingresar a tratamiento de drogas, sin el marco de Programa TTD. Dependiendo de las condiciones establecidas en cada caso, los ámbitos de coordinación y acción integrada, así como también, los flujos de comunicación e informes serán variables, determinando distintos niveles de complementariedad.

Además, en la ejecución del PTI (o PCI) se debe considerar la rutina del centro semicerrado y/o del sistema escolar o de capacitación y/o de instancias recreativas u otras relevantes para el desarrollo de cada AJ, de modo tal de gestionar equilibradamente los tiempos, resguardando las instancias de ocio y tiempo libre y de interacción con la familia.

Siempre que sea posible se deben incluir intervenciones en terreno y en el contexto de cada AJ, (redes primarias e institucionales), incorporando prestaciones con la familia y personas adultas significativas de su contexto barrial y comunitario. En el proceso de tratamiento se debe prestar especial atención a los contextos de violencia, conflictos territoriales, episodios de vida de calle y otros factores de riesgo del entorno comunitario que pueden impactar negativamente en la condición de salud mental de las personas usuarias, interfiriendo en su proceso de recuperación. En coordinación con los equipos que ejecutan medidas o sanciones, se deben definir e implementar estrategias preventivas, de gestión de riesgos, de referencia a otro nivel de atención u otras acciones

que resulten pertinentes para asegurar el resguardo y protección de derechos de las personas usuarias.

Además, el equipo tratante deberá establecer las coordinaciones y acuerdos necesarios para favorecer la derivación e ingreso a UHCIP ML, a PR ML o a otro programa de la Red Temática de Salud Mental, cuando resulte pertinente. Lo anterior, debe realizarse en directa coordinación con el equipo de sanciones o medidas y con la familia o persona adulta significativa. Así mismo, se deben efectuar las coordinaciones y gestiones que permitan asegurar la continuidad de cuidados en forma ambulatoria, luego del egreso de la unidad de hospitalización o del centro residencial.

Especificaciones en Secciones juveniles

Los equipos PAI ML de los territorios donde se encuentran ubicadas las secciones juveniles, brindan atención a AJ que se encuentren cumpliendo sanción en dichos recintos, en directa coordinación con los equipos psicosociales de GENCHI.

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

La especificidad y el particular contexto de intervención exigen una intensiva comunicación y coordinación entre el equipo PAI ML y la jefatura técnica de la sección juvenil, con el fin de resguardar el trabajo complementario y la continuidad de cuidados. Los diversos ámbitos de coordinación incluyen: acuerdos sobre la utilización de espacios en la unidad penal, en base a las condiciones de infraestructura y equipamiento disponibles, la organización de las rutinas y horarios de atención en complemento a la oferta programática de la sección juvenil, los procedimientos operativos y de seguridad, la planificación y el monitoreo de la ejecución de procedimientos y protocolos de coordinación con los equipos psicosociales y otros equipos, que permitan resguardar la continuidad de la intervención y el trabajo coordinado y complementario entre todos los intervinientes.

Desde un enfoque de salud mental integral, adquiere especial relevancia la coordinación con el Área de Salud de la unidad penal y los permanentes flujos de información respecto del diagnóstico y monitoreo de problemáticas de salud mental y salud general de las personas en tratamiento, la prescripción y administración de fármacos y los procedimientos clínicos que permitan responder de manera integrada a las necesidades de salud de las personas usuarias.

Considerando las condiciones de seguridad y de resguardo de los derechos de AJ y de todas las personas que trabajan al interior de las secciones juveniles, es fundamental que los equipos de tratamiento tengan conocimiento y den cumplimiento a las normativas, circulares, protocolos y procedimientos específicos de GENCHI que regulan el funcionamiento interno de las unidades penales.

Siempre que sea posible, el equipo PAI ML deben realizar intervenciones con las familias y/u otras personas adultas significativas de las personas usuarias, en dependencias en la unidad penal, en el territorio de pertenencia de cada familia o bien, mediante intervención remota, según resulte más pertinente.

Si bien, la persona usuaria se encuentra cumpliendo sanción al interior de una unidad penal, siempre que sea posible, el equipo tratante debe realizar visitas domiciliarias u otras prestaciones en el territorio de pertenencia de cada AJ, de modo tal de poder integrar antecedentes familiares, de otras personas adultas significativas y del contexto barrial y comunitario, además de realizar acciones que permitan proyectar su posterior egreso al medio libre.

En el tratamiento se debe considerar el impacto que pueden generar las condiciones de encierro. Sumadas a las consecuencias descritas en la modalidad de tratamiento PAI MP, en el caso de personas que cumplen sanción en secciones juveniles, se deben considerar los efectos acumulativos de la privación de libertad sobre la salud mental, por el nivel de desarraigo familiar y comunitario que se presente en cada caso, de acuerdo al tiempo total de permanencia contabilizado desde su estadía en internación provisoria y/o en régimen cerrado en centros de administración directa de SENAME o SRJ y/o en secciones juveniles ubicadas en otras unidades penales. Para lo anterior, resulta fundamental la coordinación y traspaso de información con equipos tratantes que brindaron atención a AJ previo a su traslado a la sección juvenil y que contribuyan a la continuidad de la atención y cuidados.

Considerando que algunas personas usuarias pueden egresar de la sección juvenil antes de haber concluido el proceso de tratamiento, se deben realizar todas las gestiones pertinentes para facilitar la continuidad de la atención en el dispositivo de tratamiento más cercano a su territorio, ya sea en el marco de este Programa de Tratamiento o bien en programas dirigidos a población adulta con consumo problemático de alcohol y otras drogas u otros nodos de la Red Temática de Salud Mental, según resulte más pertinente.

▪ **Tratamiento Residencial en Medio Libre (PR ML)**

Esta modalidad está dirigida a AJ que cumplen medidas y sanciones en medio libre, semicerrado (o LAE IP) y que presentan:

- Consumo problemático de alcohol y/u otras drogas,
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo,
- Con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que, de existir, debe estar compensada²⁰,

²⁰ Considerando lo establecido en la Ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, del Ministerio de Salud, enfermedad o trastorno mental se entiende como una condición mórbida que presenta una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o

- Necesidad temporal de cuidado residencial, por significativas dificultades para alcanzar avances terapéuticos en forma ambulatoria, debido a la severidad en la evolución de su trastorno y/o a obstaculizadores del contexto, familiar o comunitario.

De ese modo, en esta modalidad se considera la atención de AJ con dificultades importantes para mantener periodos de abstinencia y/o para estructurar su rutina, AJ cuya familia u otros significativos no pueden brindar contención o apoyo al tratamiento, con un entorno cercano caracterizado por el consumo y/o tráfico de sustancias, entre otras variables contextuales que obstaculizan un tratamiento en modalidad ambulatoria.

Al corresponder a una modalidad 24/7, uno de los puntos esenciales en este programa es la organización del tiempo cotidiano en el cual se desarrolla el programa, esto implica organizar cada uno de los procesos propios de la vida en residencia, contemplando una jornada terapéutica diaria de 5 a 8 horas aproximadas, con una combinación de prestaciones individuales y grupales, en virtud del PTI (o PCI) definido con cada persona usuaria, sumado a todas las demás acciones que requiere la organización de una jornada de convivencia de 24 horas.

Se debe considerar que para un/a adolescente, el ingreso a un centro de tratamiento en modalidad residencial implica una desvinculación de su contexto familiar y comunitario, por lo que puede interferir, al menos temporalmente, con su proceso de desarrollo y con las necesidades de integración social y de normalización cruciales en esa etapa del desarrollo. Por lo mismo, la modalidad de tratamiento residencial es de carácter transitorio y debe durar el menor tiempo posible, hasta alcanzar los objetivos terapéuticos que permitan continuar y finalizar su tratamiento de manera ambulatoria.

Debido a lo anterior, la duración de ésta modalidad es variable, dependiendo de los objetivos terapéuticos y las necesidades de cada AJ. En algunos casos, la permanencia en esta modalidad podrá extenderse por 3 o 4 meses y una vez alcanzados los logros terapéuticos referidos a la abstinencia y estabilización clínica y/o a la disminución de factores de riesgo del entorno familiar o comunitario, se podrá realizar una derivación para continuar el proceso en modalidad ambulatoria. En otros casos, en virtud de las necesidades, recursos y limitaciones que presente la persona y/o su entorno cercano, el tratamiento en modalidad residencial podrá extenderse por 12 meses o más, hasta alcanzar una estabilización que permita su continuidad en forma ambulatoria.

Además, la permanencia semanal en el centro de tratamiento también es variable, según la etapa del tratamiento y las necesidades y recursos que presente cada AJ, pudiendo extender la permanencia por los 7 días de la semana, o bien, programar una combinación de días pernoctando en el centro y otros con salida al hogar o centro semicerrado o LAE IP.

permanente. Por tanto, es un proceso de salud dinámico, donde varía la intensidad de apoyo que requiere la persona. Ante esto, por “compensada” se entenderá como la ausencia de emergencias psiquiátricas agudas y no como la ausencia total de síntomas asociado al cuadro de salud mental.

El plan de tratamiento individualizado debe considerar las actividades programadas como parte del cumplimiento de la sanción o medida, favoreciendo el contacto periódico de la persona usuaria con el/la profesional o programa a cargo de su ejecución, así como también, la intervención complementaria en aspectos criminológicos u otros ámbitos requeridos, mediante salidas programadas, visitas en el centro de tratamiento y/o intervenciones por video llamada, según resulte pertinente.

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

▪ **Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo de libertad UHCIP MP**

Esta modalidad está dirigida a AJ que cumplen sanciones o medidas en centros privativos de libertad de administración directa de SENAME o SRJ y que presentan:

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

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

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

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

El particular contexto de intervención en el que se implementa la UHCIP MP, exigen una intensiva comunicación y coordinación con el centro privativo de libertad, con el fin de resguardar el trabajo complementario y la continuidad de cuidados. Los ámbitos de coordinación incluyen: aspectos de funcionamiento general, operativos y de seguridad, procedimientos de traslados desde y hacia la UHCIP, definición de protocolos y procedimientos de coordinación específicos con la Unidad de Salud, equipo PAI MP u otros actores clave, que permitan el trabajo coordinado entre los diferentes intervinientes.

En ese contexto, es central la estrecha coordinación entre la UHCIP, la Unidad de Salud del centro privativo de libertad y el programa de tratamiento al que será referido/a el/la AJ a su egreso de la hospitalización, manteniendo flujos de comunicación, respecto del diagnóstico de salud mental, la administración de fármacos y las otras necesidades de salud mental o salud general que pueda presentar cada persona usuaria.

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

Esta modalidad está dirigida a AJ en el medio libre o en sistema semicerrado, que presentan:

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

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

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

Se espera que el tiempo de hospitalización no sea mayor a 60 días. Con el fin de resguardar la continuidad de los cuidados, es fundamental la estrecha coordinación entre la UHCIP y el equipo que realizó la derivación, así como también, con el equipo al que será referido/a él o la AJ a su egreso de la unidad.

Consideraciones Generales:

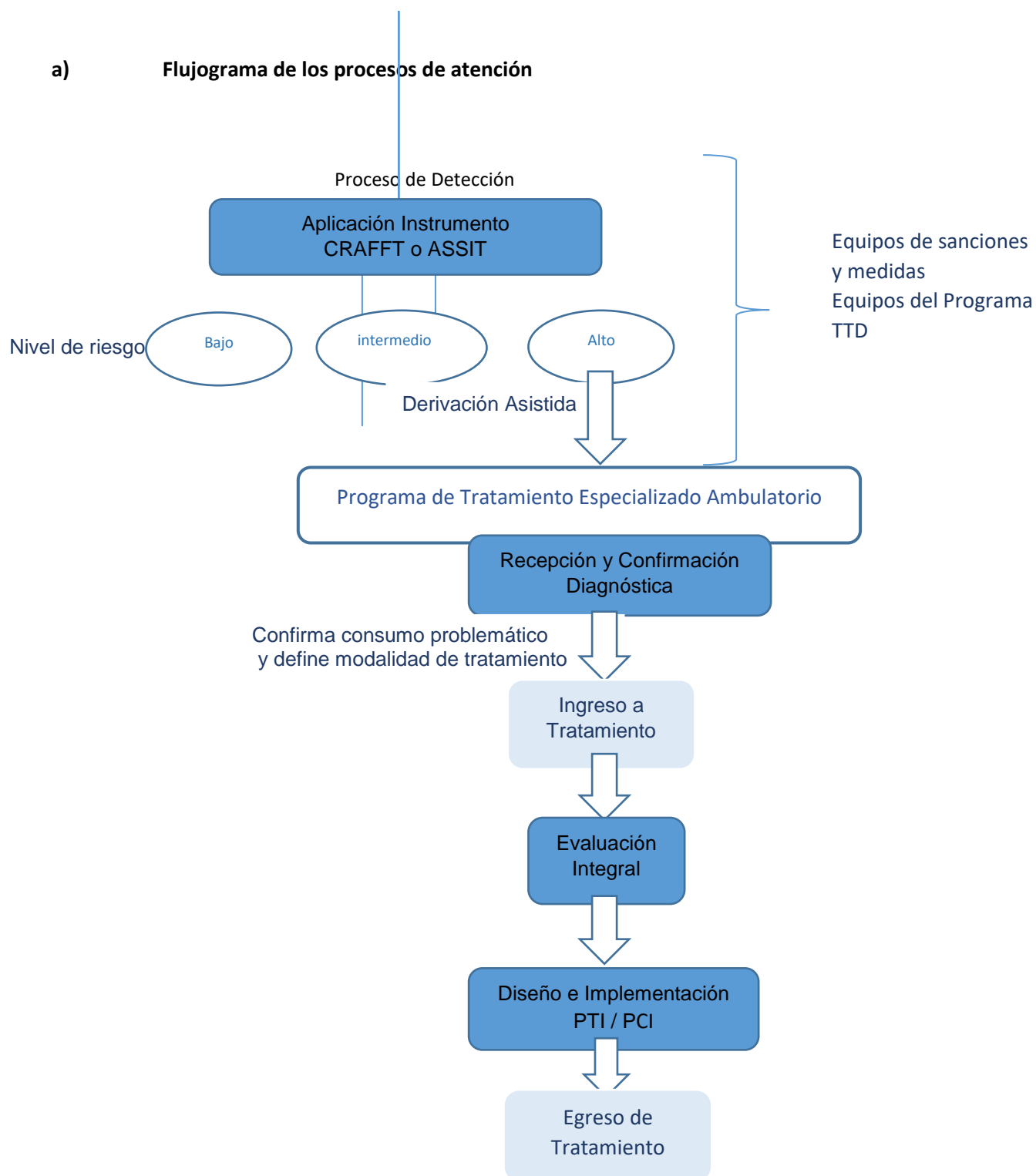
Se recomendará como primera opción el programa menos intensivo o menos restrictivo que más probablemente ayude a la recuperación del o la AJ, evitando, siempre que sea posible, la desvinculación de su contexto familiar y comunitario.

El programa residencial no debe ofrecerse como un servicio de vivienda/alojamiento. El hecho de que un/a AJ se encuentre en situación de calle no es razón suficiente para el ingreso a esta modalidad de tratamiento. La pertinencia del ingreso debe definirse en base a criterios como la severidad del trastorno por consumo de drogas, los antecedentes de tratamientos previos, los factores de riesgo para el consumo del contexto familiar y/o barrial y la disposición del o la AJ para incorporarse a un programa altamente estructurado como lo es un centro de tratamiento residencial.

La referencia a una unidad de hospitalización debe efectuarse, exclusivamente, cuando la persona presenta alguno de los criterios clínicos ya definidos y que deben ser evaluados y confirmados por un profesional médico.

Capítulo II. Lineamientos Técnicos para la Atención Integral

a) Flujograma de los procesos de atención



2. Procedimientos de Detección de Consumo de Alcohol y Otras Drogas

Como se observa en el Flujograma, el proceso de atención de las personas AJ comienza antes de que ellas tomen contacto con los programas o centros de tratamiento, considerando los procedimientos de detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento que pueden realizar equipos no especializados en tratamiento.

Como se ha señalado, en esta etapa del desarrollo humano cualquier uso de sustancias es motivo de preocupación, siendo muy relevante las acciones de detección oportuna que permitan intervenir tempranamente. El proceso de detección consiste en la identificación de las personas AJ que presentan consumo de alcohol y otras drogas para pesquisar el nivel de riesgo en el uso de sustancias e intervenir de acuerdo a las necesidades que presente cada persona.

En este contexto, es fundamental el trabajo de los programas de administración directa y/o de organismos colaboradores de SENAME, SRJ y GENCHI, encargados de la ejecución de medidas o sanciones. En específico, respecto de su responsabilidad en la aplicación de tamizajes oportunos y actualizados, así como la derivación oportuna y el apoyo a los procesos de adherencia y continuidad en los tratamientos.

Complementariamente, en aquellos tribunales del país donde funciona el programa TTD, los equipos psicosociales del programa realizan procedimientos de detección de consumo con AJ, en el contexto de su detención e inicio del proceso judicial, favoreciendo así, una oportuna pesquisa, incluso antes de que se establezca una medida o sanción.

2.1. Aplicación Instrumento de Tamizaje e Intervención Motivacional

La aplicación de un instrumento de tamizaje permite identificar el nivel de riesgo en el consumo y es la puerta de entrada a las intervenciones motivacionales y las acciones de derivación, en los casos que corresponda.

Dependiendo de la edad de la persona, corresponderá la aplicación de los instrumentos CRAFFT o ASSIST que entregan como resultado tres niveles de riesgo de consumo: "bajo riesgo", "riesgo intermedio" y "riesgo alto". En base a los resultados obtenidos, se realiza la intervención motivacional más pertinente, considerando el nivel de riesgo encontrado y la motivación al cambio que presente la persona.

Para llevar a cabo estos procedimientos, los equipos deberán guiarse por lo establecido en el documento Orientaciones Técnicas para la Detección, Intervención Motivacional y Referencia a Tratamiento para el Consumo de Alcohol y otras Drogas en Adolescentes (MINSAL, 2015) y por lo indicado en los Lineamientos para la Detección, Intervención y Derivación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes por Consumo de Alcohol y/o Drogas (Rex. 0121 del 2019 del SENAME), junto con otros lineamientos y resoluciones que defina MINSAL en esta materia, en coordinación con SENDA, SENAME, SRJ y/o GENCHI. No obstante, se hace relevante reforzar la noción de que, si bien se trabaja desde una perspectiva motivacional, no se debe confundir “voluntariedad” con

“motivación” o adherencia a los procesos de recuperación. Cada uno de estos conceptos es considerado al momento de las intervenciones y se deben trabajar para favorecer el proceso de acompañamiento y no sólo valorar (presencia o ausencia), como un requisito para ser derivado o ingresado a un programa de tratamiento.

2.2. Derivación Asistida a Confirmación Diagnóstica

Cuando el resultado de aplicación del instrumento indique un consumo de “riesgo alto”²¹ corresponderá la derivación a un centro/programa de tratamiento especializado en modalidad ambulatoria para que se realice una evaluación y confirmación diagnóstica.

Antes de efectuar la derivación, el equipo que realizó la detección, debe explicarle a cada AJ el objetivo de la derivación clarificando las dudas y acogiendo las inquietudes y temores que pudiesen presentar y evaluar la necesidad de realizar intervención motivacional previo a la derivación, con el fin de promover su disposición al cambio y su interés por participar en una evaluación en un centro/programa especializado.

El equipo que realizó la detección debe gestionar con el equipo del centro/programa de tratamiento la solicitud de hora para confirmación diagnóstica y promover con él o la AJ y su familia la asistencia a la evaluación.

En este sentido, es imprescindible que, tanto los equipos de sanción como instancias derivadoras, así como los equipos de tratamiento, quienes reciben a los y las jóvenes, puedan trascender en sus prácticas al acto administrativo o de gestión, de considerar que el proceso de derivación se reduce a la aplicación de instrumentos o fichas para la referencia. Se ha observado con los años de implementación que las mejores prácticas en esta parte del proceso son aquellas que cuentan con equipos dialogantes sobre lo que entienden o esperan unos de otros, ajustando expectativas y acordando metodologías de colaboración mutua respecto de cómo favorecer el ingreso y permanencia de jóvenes en los programas de tratamiento.

3. Hitos de la Trayectoria de la Atención

En el siguiente apartado se describen los eventos o hitos claves del proceso de tratamiento a cargo del centro/programa especializado, el cual, si bien se inicia con la recepción del caso, las buenas prácticas de derivación han mostrado que es recomendable mirar más ampliamente este proceso y considerar desde el tamizaje en adelante, ya que cada una de las acciones previas a la recepción pueden ser un potencial aliciente o una barrera de acceso a un proceso de recuperación. Ahora bien, el proceso es personalizado y su evolución y duración depende de las características de cada AJ, en términos generales, pueden distinguirse los siguientes hitos claves:

²¹ Excepcionalmente, se debe considerar a AJ que puedan presentar riesgo intermedio, y que requieran ser derivados a evaluación diagnóstica, lo que se decidirá en el marco de los antecedentes aportados por éste/ésta y la apreciación profesional.



3.1. Recepción

La recepción es el primer hito importante de la trayectoria de la atención en la que se involucra el programa o centro de tratamiento especializado. El modo en que se efectúe la recepción puede contribuir a disminuir las barreras de acceso, favoreciendo el ingreso oportuno y efectivo a tratamiento.

En este Programa de Tratamiento la consulta la realiza un equipo de otra Institución, ya sea de un programa que ejecuta sanciones o medidas, del Programa TTD o de otro programa/centro de tratamiento que solicita una derivación para continuidad de cuidados. Por esto resulta clave la definición de protocolos y acuerdos con las redes derivadoras sobre los procedimientos de derivación asistida, la información y los documentos requeridos, el rol y nivel de participación que tendrá el/la profesional o equipo derivador en la intervención motivacional con él o la AJ, entre otros aspectos.

Se debe considerar la importancia de realizar una recepción acogedora y adecuada tanto para los equipos que derivan, como también para él o la AJ y su familia. El primer contacto con la persona usuaria puede facilitar el enganche inicial y posterior adherencia al proceso terapéutico.

Además, es importante velar por que el tiempo de espera que transcurre desde que se realiza la solicitud de atención y la recepción efectiva en el centro sea el mínimo posible, considerando que una lista de espera gestionada de forma eficaz y dinámica, aumenta la probabilidad de que él o la AJ “enganche” y se mantenga en el tratamiento

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

3.2 Evaluación Inicial y Confirmación Diagnóstica

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

Se espera que esta evaluación se efectúe en 1 o 2 sesiones, siendo fundamental que quienes realicen la evaluación cuenten con las habilidades comunicacionales, conocimientos y competencias requeridas para una evaluación rigurosa y efectiva.

Siempre que se cuente con un tamizaje y/o una evaluación y confirmación diagnóstica se deberá integrar esa información en el proceso de evaluación, para que la persona entrevistada perciba una continuidad en el proceso.

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

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

Se debe contemplar que los motivos por los que los y las AJ rechazan el ingreso a un programa de tratamiento pueden ser muy variados y, en primer lugar, los equipos deben explorar e intentar comprender las razones que fundamentan su negación a iniciar tratamiento para poder diseñar la estrategia más adecuada a las necesidades en cada caso. Se recomienda revisar el Anexo 3, Estrategias para Trabajar la Resistencia con Adolescentes que no Aceptan Ingresar a Tratamiento.

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

3.3 Ingreso a Tratamiento

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

El Consentimiento Informado se fundamenta en la garantía de los derechos de las personas y en el reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones sobre su salud. Es, por lo tanto, un proceso de encuentro y diálogo entre el equipo tratante y la persona, que se desarrolla desde el inicio de la atención hasta el egreso, en una construcción cotidiana y permanente del proceso terapéutico. Por esto, más allá de la gran relevancia que tiene el consentimiento al ingreso, se debe tener presente que la persona puede revocar su decisión durante todo el desarrollo del tratamiento, cuando ella lo estime necesario.

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

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

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

Elementos Centrales del rol del equipo tratante en el Consentimiento Informado:

- Brindar información suficiente y comprensible. La información para entregar debe ser adaptada a las particularidades de cada AJ de acuerdo a su edad y desarrollo cognitivo; cuidando que el lenguaje verbal, no verbal y escrito resulte plenamente comprensible.
- Evaluar la capacidad o competencia de la persona AJ para comprender la información, reflexionar sobre ella, evaluarla y comunicar sus decisiones. Se relaciona con el nivel de desarrollo evolutivo que presente cada AJ.
- Promover en cada persona el desarrollo de la autonomía, la autodeterminación y la capacidad para consentir, explorando, identificando y fortaleciendo sus potencialidades y recursos.
- Apoyar a las personas AJ para el ejercicio efectivo de sus derechos, particularmente, a aquellas que presenten algún grado de discapacidad.

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

Además, en este hito cobran relevancia los acuerdos que el equipo tratante defina con los equipos derivadores y/o con los equipos de sanciones y medidas sobre su participación en la entrevista de ingreso o en una reunión previa o posterior al ingreso para complementar el traspaso de información y favorecer la motivación de la persona a ingresar a tratamiento, así como también, respecto de la periodicidad y forma de coordinación que sostendrán durante el proceso de tratamiento.

3.4. Evaluación Integral

Este hito de la trayectoria de la atención consiste en una evaluación diagnóstica multidisciplinaria e integral que tiene como objetivo identificar las necesidades y los recursos de cada persona usuaria, para poder orientar la formulación de un PTI (o PCI) que responda a los requerimientos específicos de cada AJ.

Sumado a lo anterior, la evaluación integral aporta información respecto de la motivación al cambio y la responsividad, es decir, respecto de la disposición a responder a las intervenciones desarrolladas por el equipo tratante. Esta información es particularmente útil para individualizar la alianza terapéutica y fomentar la adherencia de cada AJ al tratamiento.

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

En esta evaluación la familia es una fuente de información muy importante que puede aportar información de la historia del desarrollo de la infancia y adolescencia, antecedentes de salud mental u otros problemas en miembros de la familia y sobre las dinámicas en la relación familiar. En ese sentido, es muy necesario establecer un vínculo terapéutico inicial con las figuras paternas y/u otros familiares, para fomentar su colaboración en la evaluación integral y, posteriormente, en el tratamiento.

También es fundamental recopilar información de los equipos a cargo de sanciones y medidas, de programas donde recibió tratamiento anteriormente y de otras instituciones que se encuentren trabajando con él o la AJ. Desde un enfoque de continuidad de cuidados, si la persona ha sido derivada desde otro programa de tratamiento donde permaneció por 2 o más meses, es probable que ya cuente con una evaluación integral previa y será pertinente realizar una actualización de la información disponible, no siendo necesario someter a la persona a una evaluación exhaustiva nuevamente.

Respecto de la información aportada por las contrapartes de los programas o centros de sanciones y medidas, es particularmente relevante lo referido a las áreas trasgresión a la norma social y jurídica, aspectos criminológicos y respecto de la posible relación droga-delito, así como también información sobre las necesidades y recursos de integración social. Toda esta información será de gran utilidad para la identificación de los ámbitos comunes o vinculados que requerirán de una especial coordinación y delimitación de acciones.

Para mayor profundización en los ámbitos y contenidos en cada área y sobre la metodología y los procedimientos de la evaluación, se recomienda revisar el documento Evaluación Integral de SENDA, año 2023 y, en particular, el Volumen III. Evaluación Integral en Población Adolescente.

3.5. Elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) o de Cuidados Integral (PCI)

Un hito central del proceso terapéutico es la elaboración del PTI (o PCI), una herramienta clínica dirigida a formalizar el acuerdo de intervención entre el o la AJ y el equipo tratante.

El Plan es una especie de hoja de ruta que guía el proceso de tratamiento y que es diseñada por el equipo tratante, en base a los resultados obtenidos en la evaluación integral y en un proceso de co-construcción con cada AJ. En el Plan se organizan las actividades y procesos de atención según las necesidades de tratamiento para cada persona, incluyendo las metas, objetivos, estrategias y acciones definidas en acuerdo con la persona usuaria y que están dirigidas a facilitar el logro de objetivos terapéuticos de recuperación.

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

En la elaboración del Plan se debe contemplar la perspectiva de género, curso de vida y pertinencia cultural, así como también, experiencias o intervenciones que hayan sido exitosas, anteriormente, en el programa y/o en la trayectoria de atención de la misma persona usuaria. En la definición de las estrategias y acciones del Plan se debe considerar la revisión de prácticas basadas en la evidencia.

En el proceso de elaboración del plan se requiere de una especial coordinación con los programas o centros de sanciones o medidas, dirigida a compartir las necesidades y objetivos de intervención identificados y a establecer acuerdos para delimitar los ámbitos de acción de cada equipo o programa, las estrategias o acciones que desarrollarán en conjunto y las que ejecutarán en forma complementaria, considerando los énfasis, los roles y los recursos de los que dispone cada institución.

En la elaboración del plan también es importante incluir la participación de la familia o persona adulta significativa, como una estrategia que puede facilitar su colaboración y adherencia con el proceso terapéutico.

Para revisar otras recomendaciones y aspectos metodológicos de la formulación de PTI se recomienda revisar los documentos: Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individuales y Enfoque Smart para el Diseño de Objetivos Terapéuticos para el Tratamiento de Personas con Consumo Problemático de Drogas, ambos documentos elaborados por SENDA, el año 2016.

Además, se recomienda la revisión de los lineamientos y sugerencias de intervención contenidos en el documento, Guía Metodológica para el Tratamiento de Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas. (SENDA, 2024)

3.6. Implementación del de Tratamiento Individualizado (PTI) o de Cuidados Integral (PCI)

El proceso de Implementación del Plan corresponde al tratamiento propiamente tal e implica la ejecución de las estrategias e intervenciones definidas en acuerdo con cada AJ. Esto implica la ejecución de las prestaciones individuales, grupales y familiares, la administración de fármacos, las actividades de coordinación en red, entre otras acciones requeridas y definidas en el Plan.

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

La evaluación de la implementación del Plan debe realizarse con una periodicidad al menos trimestral, pudiendo monitorear aspectos específicos de manera quincenal, mensual o bimestral, según se requiera.

En esta evaluación se deben considerar los resultados de instrumentos como el TOP-A y la evaluación cualitativa realizada por el equipo tratante, la percepción de los avances de cada AJ y las opiniones de la familia, del equipo encargado de la ejecución de sanciones y medidas y otros equipos involucrados, de modo tal de contar con una perspectiva más amplia de los avances y logros.

3.7. Egreso del Tratamiento

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

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

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

3.8. Seguimiento post egreso

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

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

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

4. Aspectos transversales de la intervención terapéutica

4.1. Recomendaciones para la continuidad de cuidados

Como se ha señalado, en el marco de este Programa de Tratamiento, es frecuente que se produzcan cambios en las sanciones y medidas que determinan el tránsito entre el contexto privativo y el medio libre y/o entre distintos centros de SENAME, SRJ o GENCHI. Además, las personas usuarias pueden requerir de diferentes niveles de cuidados en distintos momentos de la trayectoria de atención. En ese marco, los desafíos de coordinación que se presentan en este Programa de Tratamiento para asegurar la continuidad de cuidados suelen ser aún mayores de los que existen en el tratamiento de población general.

En ese ámbito, se hace necesario un trabajo mancomunado y de co-responsabilidad entre los distintos equipos tratantes involucrados en el proceso de atención de cada AJ, favoreciendo que la persona usuaria vivencie el tránsito entre distintos nodos de atención, como un continuo, es decir, como un único proceso terapéutico que puede incluir distintos episodios de atención y la participación de diferentes equipos tratantes, de acuerdo al contexto y a las necesidades de atención que se presenten en el transcurso del tratamiento.

Considerando las características del proceso motivacional en AJ, en los procedimientos de referencia asistida cobra especial relevancia el acompañamiento y la intervención motivacional con la persona usuaria y su familiar o persona adulta significativa para facilitar el enganche con el equipo que recibe la derivación y evitar la interrupción del tratamiento. Para lograr ese objetivo es fundamental la permanente comunicación y trabajo colaborativo entre el equipo que deriva y el quien recibe la derivación, mediante procedimientos de derivación y referencia asistida y el traspaso de información pertinente y oportuna, contando también con el involucramiento de los equipos a cargo de la ejecución de sanciones y medidas, equipos TTD y otros que resulten pertinentes.

Por otra parte, como se ha señalado, las personas AJ presentan diversas necesidades de salud física y mental y requieren acceder a otros servicios de salud, durante y/o con posterioridad al episodio tratamiento. Los equipos tratantes deben mantener una estrecha y constante coordinación con la red de Salud General, de acuerdo al funcionamiento del sistema de referencia, derivación y contra referencia correspondiente a su territorio, promoviendo activamente la inscripción de las personas usuarias en APS y su asistencia a controles y atenciones y realizando una oportuna derivación en los casos que así lo requieran, con el objetivo de resguardar el acceso a la red de salud mental y general.

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

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

4.2. Consideraciones sobre la edad de las personas usuarias

Como se ha señalado, este Programa de Tratamiento contempla la atención de AJ en el marco de la LRPA, incluyendo a adolescentes desde los 14 años y sin un límite de edad superior, considerando la duración que puede presentarse en la ejecución de medidas y sanciones. En todos los casos, el Programa debe garantizar el acceso al servicio de tratamiento requerido y facilitar la atención en la modalidad y contexto más apropiado de acuerdo a las necesidades de cada AJ.

En consideración de las variables de desarrollo evolutivo y en resguardo de los criterios de segregación definidos por la LRPA, en la organización de los servicios de tratamiento y, especialmente, en el diseño y programación de actividades y prestaciones, se debe contemplar la delimitación por grupo etario y la incorporación de ajustes metodológicos, de acuerdo al nivel de desarrollo, los intereses y necesidades diferenciadas que pueden presentar AJ en las distintas fases evolutivas.

En la programación y metodología de las prestaciones y actividades grupales se recomienda considerar siempre la delimitación por grupo etario, evaluando con cada AJ la pertinencia y el momento más adecuado para su incorporación a grupo o bien la factibilidad de priorizar una intervención individual.

Específicamente, en las modalidades residencial y UHCIP que involucran la permanencia las 24 horas del día, para resguardar la atención de las personas mayores de 18 años, se podrá evaluar en cada caso la pertinencia del ingreso y/o la factibilidad de realizar una referencia a un nodo de atención de población adulta, de acuerdo a la organización, características y recursos de la Red Temática de Salud Mental del correspondiente territorio, garantizando el acceso a la atención y priorizando los intereses de la persona usuaria y sus necesidades de intervención.

4.3. Incorporación de familiares y personas adultas significativas

Como se ha señalado, el trabajo con la familia es un aspecto crucial en el tratamiento por consumo problemático de AJ. Un enfoque integral implica necesariamente ampliar la unidad de evaluación e intervención, pasando desde un foco netamente individual hacia un enfoque relacional que busque comprender las interrelaciones de los miembros de la familia y su impacto en el proceso de desarrollo de AJ y en la problemática de consumo. Por lo tanto, resulta imprescindible incluir a la familia en el proceso terapéutico, no solo como acompañante, sino como actor fundamental de la intervención.

Se debe considerar que la familia, además de constituir el entorno vincular primario, para la mayoría de las personas AJ cumple un rol central en el proceso de desarrollo y de socialización durante la infancia y adolescencia. En la familia suelen encontrarse las figuras de referencia y modelaje de las pautas básicas de socialización, que permiten el inicio de la integración a la sociedad y el progresivo desarrollo de la autonomía personal. En el proceso de tratamiento es fundamental siempre pensar a cada AJ con una historia en la que participan otras personas que, en presencia o ausencia, han estado sosteniendo o modulando los procesos de desarrollo evolutivo y cuya importancia e impacto tiene que ser consideradas en el proceso de intervención.

Sumado a lo anterior, el funcionamiento familiar suele estar implicado de manera significativa en el uso de drogas de las personas adolescentes, debido a los antecedentes de consumo en familiares y/o por patrones de relación y de organización familiar problemáticos que han influido en el inicio y mantención del consumo de drogas del o la AJ, de modo tal que, evaluar y abordar esas variables familiares pueden ser un factor crítico para el éxito del tratamiento.

En ese marco, en la intervención con la familia los equipos tratantes deberían: recopilar información sobre cómo el uso de drogas se cruza con la vida familiar, explorar las creencias familiares sobre por qué el uso de sustancias se ha tornado un tema central en sus vidas e identificar los recursos potenciales dentro del grupo familiar que podrían aplicarse de manera constructiva para una mejor resolución del problema del abuso de sustancias (Steinglass, 2009).

Se recomienda considerar a la familia desde una perspectiva amplia, incluyendo a las personas que conviven con cada AJ y también a personas significativas del entorno familiar quienes, si bien no conviven en la unidad familiar básica, tienen influencia importante sobre él o la AJ y podrían contribuir a su proceso de recuperación.

Cuando no sea posible incluir a integrantes de la familia, debido a situaciones crónicas de riesgo, asociadas a maltrato severo, consumo y/o involucramiento en delito o bien porque los familiares no se encuentren disponibles, la intervención deberá orientarse a rescatar y/o vincular a nuevas figuras adultas significativas del entorno comunitario o de otras redes sociales que puedan apoyar el proceso de recuperación. Además, la ausencia de familiares, no impide que los equipos puedan pensar la intervención desde una perspectiva familiar y relacional, generando intervenciones que pueda integrar a los familiares de manera simbólica a los procesos terapéuticos.

Desde un enfoque centrado en los recursos, la familia debe ser vista como parte de la solución y no como un problema. Se debe orientar el tratamiento a ayudar a las familias a reconocer y potenciar sus aspectos positivos, recursos y fortalezas. Al mismo tiempo, es necesario contrarrestar los factores de riesgo existentes, así como la puesta en práctica de acciones encaminadas a dotar a los familiares y personas adultas significativas de nuevos recursos y estrategias efectivas de afrontamiento de la problemática de consumo y sus consecuencias.

En la actualidad, existen múltiples enfoques basados en la familia y fundamentados en la evidencia para el abordaje del trastorno por uso de sustancias en adolescentes. Se trata de enfoques de intervención que están influenciados por la teoría de los sistemas familiares, así como por principios de numerosas fuentes, incluida la teoría cognitivo conductual, la teoría del apego, la teoría del desarrollo y la teoría social-ecológica (Ozechowski y Liddle, 2000). En el anexo n°3 de las presentes Orientaciones Técnicas, Enfoques Familiares (IBE) Recomendados para la Intervención con Personas Adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias, se presenta un resumen de los principales enfoques.

Más allá de sus diferencias y especificidades, por lo general, estos enfoques implican trabajar directamente con los y las AJ y sus familiares y están dirigidos a mejorar el funcionamiento familiar como una vía para reducir el uso de drogas y otras problemáticas asociadas, ayudando a las familias a desarrollar nuevas maneras de interactuar que apoyen un estilo de vida libre de drogas para la persona AJ. De igual forma, buscan fortalecer las relaciones familiares mejorando la comunicación y mejorando la capacidad de los miembros de la familia para apoyar la abstinencia de drogas. Estos enfoques también facilitan el desarrollo de relaciones familiares positivas, habilidades de resolución de problemas y de conflictos.

En todos los enfoques, hay una progresión desde la participación inicial, a dejar de consumir drogas, a abordar los problemas familiares asociados con el fomento del desarrollo y la autonomía de las personas adolescentes, donde el énfasis está en la planificación para la prevención de recaídas. Con estos enfoques basados en la familia, el tratamiento generalmente implica sesiones familiares conjuntas, sesiones separadas con adolescentes y padres, y sesiones con profesionales de la salud, servicios sociales y justicia juvenil y personal escolar involucrados, según sea necesario.

Para profundizar en este tema, se recomienda revisar el documento “Recomendaciones para la intervención con familias de población infanto-adolescente en tratamiento por consumo de sustancias”, elaborado por SENDA y que describe los principales elementos conceptuales y prácticos

para la evaluación e intervención con familias provenientes de los enfoques de terapia familiar que trabajan con adolescentes con consumo de drogas.

4.4. Complementariedad en la intervención con los equipos de sanciones y medidas

El tratamiento de consumo problemático en AJ en el marco de la LRPA plantea importantes desafíos a nivel de la articulación y coordinación intersectorial entre los programas de tratamiento y los equipos que ejecutan medidas y sanciones, considerando a instituciones colaboradoras y centros de administración directa del SENAME, como del nuevo Servicio de Reinserción Social Juvenil, y también de las Secciones Juveniles de GENCHI.

Se debe considerar que este Programa de Tratamiento provee una atención especializada en salud mental complementaria e integrada a la intervención que realiza el equipo encargado de medida o sanción y los equipos tratantes no deben abstraerse del marco judicial en el que se desarrolla el tratamiento, considerándola en el encuadre terapéutico con las personas AJ y sus familiares.

Considerando la diversidad de las problemáticas que presentan los y las AJ y la complejidad de la interacción entre los fenómenos del delito y del consumo de drogas, se hace necesario reconocer que ni la intervención que desarrollan los equipos que ejecutan sanciones y medidas, ni el tratamiento por consumo problemático, pueden responder de manera aislada a las necesidades de intervención y de atención y cuidados que presentan las personas en tratamiento.

De lo anterior también se deriva la necesidad del trabajo coordinado y complementario con los equipos que ejecutan las sanciones y medidas, con la finalidad de favorecer la integralidad y la efectividad en la intervención. En ese sentido, una perspectiva integral de la intervención debe considerar la complementariedad entre los distintos programas e instituciones involucradas en la atención de AJ, generando estrategias que permitan abordar cada problemática de forma específica, de acuerdo a la especialización de cada equipo, pero también desde un enfoque de trabajo mancomunado, evitando la fragmentación y la descoordinación.

La necesidad de articulación entre los equipos que intervienen con los y las AJ en el marco de la LRPA, se fundamenta en desde distintas perspectivas:

- **Integralidad de la intervención:** tanto los programas de tratamiento como los equipos que ejecutan sanciones y medidas abordan problemáticas multifactoriales que involucran diversos ámbitos de la vida de las personas usuarias, incluyendo aspectos individuales, familiares y de integración social. De ahí se deriva la importancia de considerar a cada AJ como una persona completa y desde una perspectiva integral, evitando la excesiva fragmentación.
- **Consideración de los ámbitos de acción en común:** se pueden presentar factores de riesgo comunes para ambas problemáticas, por ejemplo, un grupo de pares involucrado en drogas y en delito o consecuencias similares, como un situación de discriminación y exclusión social, derivada del estigma por ser “consumidor de drogas” e “infractor de ley”, pudiéndose

identificar ámbitos de intersección que deberían ser abordados en conjunto y/o favoreciendo la sinergia entre las distintas intervenciones y recursos disponibles.

- **Complejidad de la relación entre ambos fenómenos:** como se ha señalado, pueden existir diversas relaciones de mutua influencia entre las problemáticas de consumo y de infracción de ley por lo que los equipos deberían considerar el posible impacto de su intervención sobre ambos fenómenos en conjunto.
- **Aspectos motivacionales:** la escasa problematización y motivación al cambio que suelen presentar los/as AJ, tanto ante el tratamiento por consumo de drogas como frente al desistimiento delictual, conlleva importantes desafíos técnicos y metodológicos para los equipos involucrados en su atención y que requieren de un trabajo mancomunado entre ellos para lograr el enganche y adherencia a los procesos de intervención.

Específicamente, respecto de la variable infracción de ley, deben comprenderse algunos aspectos claves de complementariedad. El modelo RNR determina la necesidad de un trabajo coordinado en tanto que el programa de tratamiento interviene sobre un factor de riesgo específico, el consumo de drogas y el tratamiento contribuye con una línea de acción en el proceso de intervención dirigido a disminuir el riesgo de reincidencia en delito.

Asimismo, es muy probable que el tratamiento aborde aspectos vinculados con otras necesidades criminógenas, por ejemplo, el manejo de la auto-regulación emocional puede incidir en algunas pautas de personalidad antisocial, las ideas y creencias asociadas al uso de drogas que pueden vincularse con cogniciones antisociales o los pares con quienes consume drogas pueden coincidir con los pares vinculados al delito. Además, los y las AJ pueden presentar otras necesidades, por ejemplo, de salud mental, que, si bien no están asociadas directamente al comportamiento infractor, deben ser abordadas para favorecer la receptividad, y entonces el tratamiento de salud mental puede incidir en la probabilidad de que el /la adolescente responda positivamente a la intervención que ejecuta SENAME, SRJ o GENCHI.

Por otra parte, desde el modelo de desistimiento delictivo, que refiere a los procesos de cambio en la construcción de identidad, en la medida en que el tratamiento genera un cambio en el estilo de vida respecto del consumo de drogas, puede propiciar un replanteamiento de su proyecto de vida, de su relación con quienes le rodean y, de su lugar en la sociedad, lo que podría incidir también en el proceso de desistimiento en el delito.

En este ámbito, cobran relevancia las estrategias terapéuticas dirigidas a: promover procesos de cambio respecto de la construcción de identidad ocupacional y/o social, por ejemplo, a través de la resignificación de espacios y experiencias significativas o mediante cambios en la narrativa del/la joven sobre su validación de la relación delito/droga, las intervenciones que buscan potenciar los procesos de autonomía progresiva y desarrollo emocional, como, por ejemplo, aquellas que promueven la individuación o la autorregulación emocional, así como también, las estrategias

dirigidas a favorecer procesos de desarrollo moral relacionados, por ejemplo, con la deslegitimación de la violencia o la reflexión sobre las normas y la convivencia social.

En ese contexto, los equipos de tratamiento deben considerar las siguientes recomendaciones:

- Disponer de conocimiento y manejo técnico de los enfoques comprensivos y de intervención sobre la problemática delictiva utilizados por sus contrapartes, a la vez promover en los equipos de SENAME, SRJ y/o GENCHI conocimientos en temáticas de salud mental y drogas, propendiendo a la construcción de lenguajes comunes y miradas integradas para la intervención.
- Establecer instancias permanentes de coordinación en red que permitan la definición de acuerdos y la elaboración de protocolos de complementariedad, incluyendo procedimientos para su evaluación y ajuste periódico.
- Contemplar en el encuadre con cada AJ y su familia, el marco judicial y la relación que se sostendrá con los equipos a cargo de las sanciones y medidas, equipos del programa TTD, tribunales y otros actores jurídicos, considerando la elaboración de informes y traspaso de información, favoreciendo la comprensión de los límites de la confidencialidad que esto conlleva para el proceso terapéutico.
- Promover la participación y la adherencia de AJ en actividades e intervenciones desarrolladas por delegados/as y equipos a cargo de sanciones y medidas.
- Integrar en los procesos de síntesis diagnóstica y de formulación de caso un análisis sobre la posible interacción entre los fenómenos de consumo de drogas y de infracción de ley, favoreciendo un enfoque comprensivo e integral de dichas problemáticas.
- Resguardar la coordinación y vinculación entre los objetivos y estrategias del PTI (o PCI) y los objetivos y acciones definidas en el Plan de Intervención Individual elaborado por el delegado y aprobado por el tribunal.
- Generar, siempre que sea posible, instancias de análisis de caso en conjunto con delegados y equipos de SENAME, SRJ y/o GENCHI, orientadas a promover una comprensión integral de la intervención, identificar áreas de complementariedad y delimitar ámbitos de acción de cada programa o equipo.
- Considerar en el diseño del tratamiento y en los procedimientos de complementariedad las particularidades que determina el contexto de cumplimiento de las diferentes medidas y sanciones, en términos de los focos, frecuencia e intensidad de la intervención realizada por cada equipo.

Bibliografía

Alexander, J.; Waldron, H.; Robbins, M. y Neeb, A. (2013). Functional family therapy for adolescent behavior problems. Washington, DC. American Psychological Association.

American Academy of Pediatrics, (2009). Substance Use Screening and Intervention Implementation Guide. No Amount of Substance Use Is Safe for Adolescents. https://www.healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/ADAP_Adolescent-PC-SU-Screening-Guide.pdf.

Andrews, D. A. y Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. Psychology, Public Policy, and Law.

Andrews, D. y Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct*. Fifth Edition. New Providence, NJ: Matthew Bender & Company

Arbex, C. (2002). Guía de Intervención: Menores y consumo de drogas.

Ardila, S. y Galende E. (2011). "El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria.," Salud Ment. Comunidad.

Arnett, J. J.; Kloep, M.; Hendry, L. y Tanner, J. (2011). *Debating Emerging Adulthood, Stage or Process?* New York: Oxford University Press

Arnett, J. (2014). Adolescence and Emerging Adulthood. A cultural Approach. Fifth Edition. Upper Saddle River, NJ Pearson Education Limited

Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In The heart and soul of change: What works in therapy. *American Psychological Association.*, (pp. 133-178).

Beauchamp, T. y Childress, J. (1999). Principios de Ética Médica, Barcelona: Masson.

Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond*. Second Edition. New York: The Guilford Press

Bennett, T. y Holloway, K. (2005). Disaggregating the Relationship Between Drug Misuse and Crime. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, Volume 38 N° 1, 102-121 (DOI: 10.1375/acri.38.1.102)

Bennett, T.; Holloway, K. y Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107–118.

Blakemore, SJ. y Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology*, 43(3-4), 296-312.

Bukstein, O. (2005). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Use Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 44, N° 6, 609-621 (DOI: 10.1097/01.chi.0000159135.33706.37) <https://www.uptodate.com/contents/substance-use->

disorder-in-adolescents-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis; recuperado en agosto de 2018)

Bukstein, O. (2018). Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis.

Camp, R. V. (2002). *Strategic interviewing: How to hire good people*.

Carnevali, R. y Källman, E. (2007). La importancia de los grupos en el comportamiento juvenil. Especial consideración con la pluralidad de malhechores del Art. 456 bis N° 3 del Código Penal. *Política Criminal*. (4), 1-24.

Caspi, A.; Moffitt, T. E.; Cannon, M., McClay, J., Murray, R.; Harrington, H., et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1117–1127.

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice*. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. HHS Publication No. (SMA) 08-4171. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Pontificia Universidad Católica de Chile. (2023). Estudio sobre medición de población potencial y objetivo de adolescentes infractores de ley para oferta programática de tratamiento.

Chess, S. y Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Chuan-Yu, C.; Storr, C. y Anthony, J. (2009). Early-Onset Drug Use and Risk for Drug Dependence Problems, *Addictive Behaviors*, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.021>;

Chung, T. y Martin, C. (2011). Prevalence and Clinical Course of Adolescent Substance Use and Substance Use Disorders. In Y. Kaminer and K. Winters (Eds.) *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. New York: American Psychiatric Publishing, Inc. (pp. 1-23)

Cloud, W. y Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance Use & Misuse*, Vol. 43, 1971–1986 (DOI: 10.1080/10826080802289762)

Cloud, W. & Granfield, R. (2001). Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1). 83-104.

CONACE (2004). *Drogas, tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Desde una mirada comprensiva evolutiva*.

Costello, M.; Ropp, C.; Sousa, S.; Woo, W.; Vedelago, H. y Rush, B. (2016). The Development and Implementation of an Outcome Monitoring System for Addiction Treatment. *Canadian Journal of Addiction*, Vol. 7, N° 3, 15-24

Czuchry, M. y Dansereau, D. (1999). Node-Link Mapping and Psychological Problems: Perceptions of a Residential Drug Abuse Treatment Program for Probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547299000136>

Deci, E. y Ryan, R. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology*, 49, 180-185.

Defensoría de la Niñez. (2019) ¿Qué se entiende por Autonomía Progresiva? Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/preguntas-frecuentes/que-se-entiende-porautonomia-progresiva/>

Defensoría de la Niñez. (2022). Análisis de los delitos cometidos por adolescentes en los últimos años. disponible en <https://observatorio.defensorianinez.cl/2022/08/11/analisis-a-los-delitos-cometidos-por-adolescentes-en-los-ultimos-anos>

Dennis, M.; Scott, C.; Funk, R. y Foss, M. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 28, 51-62 (DOI: 10.1016/j.jsat.2004.10.013)

Dennis, M. y Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract.*

Desviat, M. y Moreno, A. (2012). Eds., “Acciones de Salud Mental en la Comunidad.”

Desviat, M.; y Ana M. (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En: AEN, editor. Acciones de Salud Mental en la Comunidad.

Dierkhising, C.; Ko, S.; Woods-Jaeger, B.; Briggs, E.; Lee, R. y Pynoos, R. (2013). Trauma histories among justice-involved youth: findings from the National Child Traumatic Stress Network.

Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). Guilford Press.

Doherty, E. E.; Green, K. M. y Ensminger, M. E. (2008). Investigating the long-term influence of adolescent delinquency on drug use initiation. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 72–84.

Donovan, D. (2005) Assessment of Addictive Behaviors for Relapse Prevention. Second Edition. New York: The Guilford Press

Dumontheil, I. (2016). Adolescent brain development. *Current Opinion on Behavioral Sciences*, 10, 39-44.

Duncan, B. L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3-12.

Eloy, A. (2001). Consecuencias de la prisionización. *Revista Cenipec*. (20), 9-22

Ernst, D.; Miller, W.R. y Rollnick, S. (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*. Ubiquity Press, 7(4). doi: 10.5334/ijic.213.

Ersine, H.; Moffitt, T.; Copeland, W.; Costello, E.; Ferrari, A.; Parron, G. y Scott, J. (2015). A heavy burden on Young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological medicine*, 45 (7) 1551-1563. Doi:10.1017/S0033291714002888

Farrington, D. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Vol. 12, N° 3, 177-190 (DOI: 10.1002/cpp.448)

Farrington, D. y Welsh, B. (2007). *Saving Children from a Life of Crime. Early Risk Factors and Effective Interventions*. New York: Oxford Press

Fréchette, M. y Le Blanc, M. (1998). *Délinquances et délinquants* (8ª ed.). Québec: Gaëtan Morin

Fundación Tierra Esperanza. (2012). Estudio diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiatría para la población de adolescentes que cumplen condena en CIP-CRC [Internet]. Disponible en: https://www.tdesperanza.cl/?page_id=13

Fundación Tierra de Esperanza. (2019). Estudio de Caracterización de Jóvenes Infractores de Ley.

Funk, M.; Faydi E.; Drew N. y Minoletti A. (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Ed. Washington D.C.: (OPS/OMS)

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Gaete, J.; Labbé, N.; del Villar, P.; Allende, C. y Valenzuela, E. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Revista de Medicina Chile*, N° 142, 1377-1384

Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus. A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 493–506.

Gorsky, T. y Kelley, J. (2004). *Counselor's Manual for Relapse Prevention with Chemically Dependent Criminal Offenders*. Technical Assistance Publication Series 19. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Herrera, D. y Morales, H. (2005). Comportamiento antisocial durante la adolescencia: teoría, investigación y programas de prevención. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 23 (2).

Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Fundación San Carlos de Maipo (2015). Trayectorias de Jóvenes Infractores de Ley: Investigaciones sobre población adolescente.

Kerig, P. (2013) Psychological trauma and juvenile delinquency. New directions in research and intervention.

Knight, D.K., Dansereau, D.F., Becan, J.E. et al. (2015). Effectiveness of a Theoretically-Based Judgment and Decision Making Intervention for Adolescents. *J Youth Adolescence*. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0127-6>

Loeber, R. y Farrington, D. (2012). From Juvenile Delinquency to Adult Crime: Criminal Careers, Justice Policy

Marlatt, G.; Parks, G., y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Addictive Behaviours Research Center, Department of Psychology, University of Washington

Maruna, S. y King, A. (2009). Once a Criminal, Always a Criminal?: 'Redeemability' and the Psychology of Punitive Public Attitudes. *European Journal on Criminal Policy and Research* 15(1):7-24 DOI:10.1007/s10610-008-9088-1

Maturana A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Rev Médica Clínica Las Condes*.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.

Miller, W. y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People to Change*. Third Edition. New York: The Guilford Press

Miller, W. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional*. Barcelona. Paidós.

Ministerio de Salud (s.f.) Salud Mental en la Atención Primaria de Salud. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>

Ministerio de Salud (2012). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Ministerio de Salud. (2013). Guía Clínica AUGÉ Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años.

Ministerio de Salud. (2015). Orientaciones Técnicas para la Detección, Intervención Motivacional y Referencia a Tratamiento para el Consumo de Alcohol y otras Drogas en Adolescentes. Chile.

Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.

Ministerio de Salud (2018) Modelo de gestión de red temática de salud mental en la red general de salud.

Ministerio de Salud (2018) Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

Ministerio de Salud (2021) Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes.

Ministerio de Salud (2022). "Actualización del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes" disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Programa-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-Jovenes-MINSAL-2023.pdf>.

Naar-King, S. y Suarez, M. (2011). *Motivational Interviewing with Adolescents and Young Adults*. Edición: 1. Guilford Press.

Nagin, D. S.; Moffitt, T. E. y Farrington, D. (1993). Life-course trajectories of different types of offenders. *Criminology*, 33(1).

Nathan, S.; Rawstorne, P.; Hayen, A.; Bryant, J.; Baldry, E.; Ferry, M. y 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>

National Institute on Drug Abuse, NIDA. (2014) Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide.

National Institute on Drug Abuse, NIDA. (2018). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition).

Norcross, J. y Lambert, J. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work. Volume 1: Evidence- Based Therapist Contributions*. Third Edition. New York: Oxford University Press.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

Organización Mundial de la Salud. (2009) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

Organización Mundial de la Salud. (2010). SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333276>

OPS. (2017). Guía de intervención MHGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

Perez-Luco, R.; Zambrano, A.; Alarcón, P. y Alarcón, M. (2014). Modelo Multidimensional de Intervención Diferenciada con Adolescentes. Manual de Evaluación Diferenciada. Evaluar para Intervenir. Universidad de la Frontera. https://www.academia.edu/29471093/Manual_de_Evaluaci%C3%B3n_Diferenciada_Modelo_Multidimensional_de_Intervenci%C3%B3n_Diferenciada_con_Adolescentes_MMIDA

Prochaska, J. y DiClemente, C. (2005). The Transtheoretical Approach. In J. Norcross and M. Goldfried (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration. Second Edition*. New York: Oxford University Press (pp. 147-171)

Pudney, S. (2003). The Road to Ruin? Sequences of Initiation to Drugs and Crime in Britain*. The *Economic Journal*, 113(486)

Rioseco, P.; Vicente, B.; Saldivia, S.; Cova, F.; Melipillán, R. y Rubi, P. (2009). Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes Infractores de Ley. Estudio Caso-Control. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2009 47 3 190-200.

SAMHSA (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery. 10 Guiding Principles of Recovery*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Schaie, K. W. (2005). *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle longitudinal study*. Oxford University Press.

- SENDA. (2016). Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individuales (PTI).
- SENDA. (2018). Mapping o Node-link. Uso de representaciones gráficas para el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas. Documento basado en una adaptación de la Guía de Mapeo del Instituto de Investigación del Comportamiento de la Universidad Cristiana de Texas (TCU).
- SENDA. (2016). Enfoque SMART para el diseño de objetivos terapéuticos para el tratamiento de consumo problemático de drogas.
- SENDA. (2016). Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individuales (PTI).
- SENDA. (2020). Orientaciones técnicas para adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.
- SENDA, (2017). Prácticas técnico-administrativas que fomentan el acceso y retención en el tratamiento.
- SENDA. (2021). Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con Consumo de Alcohol y otras Drogas.
- Spear, L. (2011). Alcohol and the developing Brain (Chapter 5) in Young People and alcohol, Impact, Policy, Prevention, Treatment. Edited by John B Saunders, Joseph M Rey, Wiley Blackwell.
- Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of Family Therapy*. 31 (2), 155–174
- Tanner, J. L. (2006). Recentering During Emerging Adulthood: A Critical Turning Point in Life Span Human Development. In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 21–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11381-002>
- Tanner, J. L. y Arnett J. J. (2009). The emergence of "emerging adulthood": The new life stage between adolescence and young adulthood. In A. Furlong (Ed.), *Handbook of youth and young adulthood* (pp. 39-48). New York: Routledge.
- Teplin, L.A.; Abram, K.M.; McClelland, G.M.; Mericle, A.A.; Dulcan, M.K. y Washburn, J.J. (2006). Psychiatric Disorders of Youth in Detention. Disponible en: <https://http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/210331.pdf>.
- UNODC, WHO. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Uriarte, J.D. (2005). En la transición a la vida adulta. Los adultos emergentes.
- Volkow, N.D.; Wang, G.J.; Fowler, J.S.; Tomasi, D. y Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci USA*. 13;108(37);15037-42
- Washburn, J.J.; Teplin, L.A.; Voss L.S.; Simon, C.D.; Abram, K.M. y McClelland, G.M. (2008). Psychiatric disorders among detained youths: a comparison of youths processed in juvenile court and adult criminal court. *Psychiatric services*.

White, W. y Kurtz, E. (2006). The varieties of Recovery Experience: A Primer for Addiction Treatment Professionals and Recovery Advocates. In W. White, E. Kurtz and M. Sanders. *Recovery Management*. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Chicago, IL, pp. 7-43 (<http://www.nattc.org/recoveryresourc/docs/RecMgmt.pdf>; recuperado en julio de 2016)

White, W. (2008). *Recovery Management and Recovery-oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices*. Northeast Addiction Technology Transfer Center, the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, and the Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services, (http://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008_recovery_management_and_recovery-oriented_systems_of_care.pdf; recuperado en julio de 2016)

Winters, K. (2013). Advances in the Science of Adolescent Drug Involvement: Implications for Assessment and Diagnosis. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 26, N° 4, 318-324 (DOI:10.1097/YCO.0b013e328361e814)

World Health Organization y UNODC. (2008). Principles of drug dependence treatment: Discussion paper. (<http://www.unodc.org/documents/eastasiaandpacific//china/UNODC-WHO-Principles-of-DrugDependence-Treatment.pdf>)

Zhou, J.; Cai, W.; Chen, C.; Wang, H.; Zhang, S.; Luo, Y. et al. (2012). Prevalence of mental disorders in the male juvenile detention centers of Hunan and Sichuan. *Zhong nan da xue bao Yi xue ban. Journal of Central South University Medical Sciences* 2012; 37 (3): 217-21.

ANEXO 1

PRÁCTICAS RECOMENDADAS PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

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

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

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.

Referencia y recurso en línea: Se puede descargar en forma gratuita de la web el manual (en inglés) del modelo A-ACRA que se usó en el ensayo clínico CYT (Cannabis Youth Treatment): Godley, S.; Meyers, R.; Smith, J.; Karvinen, T.; Titus, J.; Dodley, M.; Dent, G.; Passetti, L. & Kelberg, P. (2001). The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://www.davesmithcentre.org/wp-content/uploads/2013/03/ACRA_CYT_v4.pdf

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) - Terapia Cognitivo-Conductual

Las estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual, se basan en la teoría que los procesos de aprendizaje. Un elemento central es enseñar a los participantes a anticiparse a los problemas y ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces. Los adolescentes exploran las consecuencias positivas y negativas del uso de drogas, aprenden a controlar sus sentimientos y a reconocer los patrones de pensamiento distorsionados y las señales que suelen desencadenar el uso de drogas; y aplican una serie de habilidades de autocontrol, como la regulación emocional y el control de la rabia.

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

²² 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

programa de tratamiento de drogas, lograr objetivos importantes del tratamiento y no consumir drogas.

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 Sustancias²³

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.

Se puede descargar en forma gratuita de la web el manual (en inglés) que se usó en el CYT (Cannabis Youth Treatment): Sampl, S. & 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. <http://lib.ada.washington.edu/clearinghouse/downloads/MET-and-CBT-for-AdolescentCannabis-Users-CYT-Series-Volume-1-339.pdf>

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.

Referencias: La siguiente publicación (en inglés) describe los fundamentos teóricos, la metodología y la secuencia de las sesiones del modelo: Smith, J. & Meyers, R. (2004). Motivating Substance Abusers to Enter Treatment. Working with Family Members. The Guilford Press. Un texto de autoayuda, que puede ser de utilidad a los proveedores del modelo, es el siguiente: Meyers, R. & Wolfe, B. (2004). Get Your Loved One Sober. Alternatives to Nagging, Pleading and Threatening. Hazelden Publishing

²³ 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

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.

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

²⁴ Puede descargarse en forma gratuita de la Web un artículo de L. Najavits ("Implementing Seeking Safety therapy por PTSD

ANEXO 2

ENFOQUES FAMILIARES (IBE) RECOMENDADOS PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS.

Brief Strategic Family Therapy (BSFT) - Terapia Familiar Estratégica Breve²⁵

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: Prevenir, reducir y/o tratar el uso de drogas, problemas de conducta, delincuencia, comportamiento sexualmente riesgoso, comportamiento agresivo/violento y asociación con compañeros antisociales; Fortalecer los comportamientos prosociales, tales como la asistencia y el desempeño escolar; y 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.

Referencia y recurso en línea 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. <http://www.bsft.org/documents/BSFTNIDATheryManual.pdf>

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 sustancias psicoactivas y alcohol en adultos y adolescentes, junto con trastornos concurrentes 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.

Referencias: La primera publicación de este enfoque es la siguiente: Donohue, B. & Azrin, N. (2001). Treating Adolescent Substance Abuse Using Family Behavior Therapy. Wiley. La publicación más reciente de los autores es la siguiente: Donohue, B. & Azrin, N. (2012). Treating Adolescent Substance Abuse Using Family Behavior Therapy: A Step-By-Step Approach. Wiley.

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

²⁵ 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. Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse. NIDA

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.

Referencia y recurso en línea Para consultar los principios centrales y las estrategias de este enfoque, se sugiere revisar el siguiente artículo: Sexton, T. & Alexander, J. (2000). Functional Family Therapy. *Juvenile Justice Bulletin*, December. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/184743.pdf>

Multidimensional Family Therapy (MDFT) - Terapia familiar multidimensional²⁶

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.

Referencia y recurso en línea 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. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <http://lib.adai.washington.edu/clearinghouse/downloads/Multidimensional-Family-Therapyfor-Adolescent-Cannabis-Users-207.pdf>

Multisystemic Therapy (MST) - Terapia Multi-Sistémica

²⁶ 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.

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.

Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) - Reforzamiento comunitario y entrenamiento de la familia²⁷

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

Referencias La siguiente publicación (en inglés) describe los fundamentos teóricos, la metodología y la secuencia de las sesiones del modelo: Smith, J. & Meyers, R. (2004). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment. Working with Family Members*. The Guilford Press. Un texto de autoayuda, que puede ser de utilidad a los proveedores del modelo, es el siguiente: Meyers, R. & Wolfe, B. (2004). *Get Your Loved One Sober. Alternatives to Nagging, Pleading and Threatening*. Hazelden Publishing.

Family Support Network for Adolescents Cannabis Users (FSN) - Red de apoyo familiar para adolescentes consumidores de cannabis²⁸

Se aplica con adolescentes y su familia, en contexto ambulatorio o Ambulatorio Intensivo 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. Las metas del FSN son mejorar los resultados del tratamiento de

²⁷ 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

²⁸ 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

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 otros comportamientos asociados y (d) evaluar el compromiso de la familia con el proceso de recuperación y sugerir cambios en la forma que afronta los problemas.

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.

ANEXO 3

Estrategias para trabajar la resistencia con adolescentes que no aceptan ingresar a tratamiento*

Con la o el adolescente:

- Escuche sus preocupaciones, sentimientos y razones para resistirse al tratamiento, sin críticas.
- Proporcione información precisa y apropiada para la edad del/a adolescente, sobre el consumo de drogas, sus efectos y destaque los beneficios del tratamiento. Ayúdele a comprender que el consumo problemático es una condición que puede tratarse.
- Ofrezca opciones: proporcione al/a adolescente cierto control sobre su proceso de tratamiento. Ofrezca opciones con respecto al tipo de tratamiento u horario. Esto puede favorecer el empoderamiento y compromiso a través de cuadros PRO/CONTRA u otras estrategias lúdicas y visuales.
- Abordar el estigma: abordar cualquier estigma o vergüenza asociado con la adicción y la búsqueda de ayuda. El estigma son actitudes, creencias o comportamientos negativos sobre o hacia un grupo de personas debido a su situación en la vida. Incluye discriminación, prejuicios, juicios y estereotipos, que pueden aislar a las personas que consumen drogas.
- Resalte las consecuencias: Discuta gentilmente las posibles consecuencias negativas de no buscar tratamiento. Acompáñeles a ver el impacto que la adicción podría tener en su salud, sus relaciones, su educación y sus objetivos futuros.

Con la familia y otras redes de apoyo:

- Involucrar y realizar psicoeducación a la familia, tutores/as, docentes, u otras personas adultas en quienes el/la adolescente confía. Su estímulo puede desempeñar un papel importante en la motivación a ingresar a tratamiento.
- Si no hay personas adultas en quienes él o la adolescente confían, se puede considerar que el apoyo de pares es significativo. Por ejemplo, a veces, escuchar a pares que han pasado exitosamente por tratamiento

Algunas razones comunes por las que un adolescente rechaza el tratamiento	Estrategias para promover el ingreso de adolescentes que se resisten al tratamiento:
No cree que la terapia funcione	<ul style="list-style-type: none"> -Testimonios de otras/os adolescentes -Conversaciones abiertas respecto de la factibilidad de salir adelante con ayuda del programa
Ya estuvo en terapia y no fue	<ul style="list-style-type: none"> -Hacerse cargo de la mala experiencia, pedir disculpas - Evidenciar las diferencias del actual programa de tratamiento que lo hacen más adecuado
Cree que conseguir ayuda es vergonzoso frente a sus pares	<ul style="list-style-type: none"> -balance de pros y contras -validar y acoger su sensación
Teme recibir críticas de sus pares	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajar los estigmas sobre el tratamiento -Incorporar a las y los pares
Siente desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> -Activación conductual -Mostrar otras actividades que conecten con emoción de bienestar
No cree que necesite ayuda	<ul style="list-style-type: none"> - Validar la autonomía - Enfocar en la especialidad en salud integral

* Extraído de GUÍA METODOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (SENDA, 2024).

Anexo 4



OFERTA DEL SERVICIO NACIONAL DE REINSECCIÓN SOCIAL JUVENIL (SNRSJ)

La ley N°21.527, en su artículo 1° crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil como un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, bajo la supervigilancia del presidente de la República a través del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

El artículo 2° de la Ley, en cuanto a su objeto, establece que el Servicio es la entidad especializada responsable de administrar y ejecutar las medidas y sanciones contempladas por la ley N°20.084, mediante el desarrollo de programas que contribuyan al abandono de toda conducta delictiva, a la integración social de los sujetos de su atención y a la implementación de políticas de carácter intersectorial en la materia.

El artículo 29 de la Ley señala que el Servicio establecerá un modelo de intervención de aplicación nacional y vinculante para la ejecución de las sanciones y medidas, entre las que se encuentra el Programa de Mediación.

De acuerdo con este marco normativo, a continuación, se expone la oferta regular del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil:

OFERTA DEL SERVICIO NACIONAL DE REINSECCIÓN SOCIAL JUVENIL (SNRSJ)						
NOMBRE	SIGLA	Privativo de libertad	Medio Libre	Medida	Salida Alternativa	Sanción
Internación en Régimen Cerrado con Programa de Reinserción	IRC	X				X
Libertad Asistida Especial con Internación Parcial	LAE-IP	X				X
Internación Provisoria	IP	X		X		
Libertad Asistida Especial	LAE		X			X
Libertad Asistida Simple	LAS		X			X
Servicios en Beneficio de la Comunidad y Reparación del Daño	SBC		X			X
Salida Alternativa	SA		X		X	
Medida Cautelar Ambulatoria	MCA		X	X		
Programa Mediación Penal Juvenil	MEDIACIÓN		X		X	
Estrategia de acompañamiento Postegreso	POSTEGRESO		x			