



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

NORMA TECNICA No 85

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

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

RECONOCIMIENTOS

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

Edición

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

Grupo Técnico Coordinador

CONACE

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

SENAME- DEDEREJ

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

MINSAL

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

Especial Agradecimientos por sus contribuciones a esta Norma Técnica:

Dr. Alejandro Maturana, Médico psiquiatra infanto-juvenil, asesor del programa infanto-adolescente, del Área de Salud, tratamiento, rehabilitación y reinserción de CONACE.
Psicóloga Viviana García, asesora del programa infanto-adolescente, del Área de Salud, tratamiento, rehabilitación y reinserción de CONACE.
Psicóloga Claudia Quinteros, encargada del programa infanto-adolescente, del Área de Salud, tratamiento, rehabilitación y reinserción de CONACE.

Dra. Gilda Gnecco T. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile

ÍNDICE

Presentación

I.- Antecedentes Generales

II.- Marco Conceptual

III.- Norma Técnica

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

IV.- Definiciones técnicas

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

Anexos

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

Bibliografía

Presentación

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

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

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

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

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

La Ley Nº 20.084 establece en su artículo Nº 7 que el juez estará facultado para establecer como sanción accesoria a las sanciones penales señaladas, siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol.

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

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

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

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

I.- ANTECEDENTES GENERALES

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

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

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

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

Así mismo, se determina que el juez está facultado para establecer como sanción accesoria a las previstas en el artículo 6° de esta ley y siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas y al alcohol³"

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

Servicio Nacional de Menores (SENAMÉ), es el organismo del Estado que tiene por misión contribuir a proteger y promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en el ejercicio de los mismos, y a la inserción de adolescentes que hayan infringido la ley penal. En relación con estos últimos, es responsable de asegurar la existencia de los programas necesarios para la ejecución y control de las medidas a que se refiere la ley 20.084. En este sentido, la ley establece que SENAMÉ es el organismo responsable de la coordinación con los respectivos Servicios Públicos ³ en materia de esta Ley

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

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

³ Idem 1

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

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

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

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

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

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

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

⁵ Ley N°19.663, de Autoridad Sanitaria

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

⁷ Estrategia Nacional de drogas 2003-2008. CONACE.

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

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

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

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

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

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

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

II. MARCO CONCEPTUAL

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

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

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

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

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

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

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

⁹ Carmen Arbex (2001)

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

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

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

III.- NORMA TÉCNICA

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

1. De la Atención Clínica

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

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

2. Organización de Servicios

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

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

Cuadro Nº 1

ATENCIÓN CLINICA ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERTAD

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

Cuadro Nº 2**ATENCIÓN CLINICA ADOLESCENTES EN MEDIO LIBRE**

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

3. Proceso de Atención Clínica y Psicosocial

3.1 Ingreso al Plan Individual de Tratamiento

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

3.2 Evaluación Diagnóstica Integral del Adolescente

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

a) Área de salud física y mental

Evaluación Salud Física:

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

Evaluación Salud Mental:

- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluación Psicológica
- Evaluación de capacidades

b) Área de consumo de drogas

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

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

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

c) Área psicosocial

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

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

3.3 Plan Individual de Tratamiento Integral

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

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

3.4 Evaluación parcial del proceso terapéutico

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

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

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

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

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

3.5 Egreso del Plan de Tratamiento

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

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

3.6 Evaluación al egreso del proceso terapéutico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.- DEFINICIONES TECNICAS

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

- La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias¹⁰
- Los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias en forma simultánea, y se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su entorno padres, tutores¹¹
- Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia¹²
- Las variables del contexto cercano (familia comunidad grupos pares) y variables del compromiso biopsicosocial agrava las consecuencias y características del consumo en adolescentes.
- El síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes y específicas en este grupo etáreo¹³ se ha evidenciado entre otros aspectos que:
 - El síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etáreo.
 - La tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia.
 - El abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes.

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

¹⁰ Compton et al 2005

¹¹ Clark 2004

¹² Idem 9, Winters 1999

¹³ Fulkerson et al 1999 Harrison et al 1998

¹⁴ Monti et al 2001

1. Consumo problemático de drogas:

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

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

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

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

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

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

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

2. Comorbilidad Mental

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

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

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

3. Comorbilidad Física:

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

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

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

4. Compromiso Biopsicosocial:

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

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

5. Estado Motivacional:

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

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

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

Respecto a la motivación es necesario tener presente:

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

6. Contrato Terapéutico:

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

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

¹⁶ Adaptado del Programa Ambulatorio comunitario. Programa de Marginalidad CONACE

7. Consentimiento Informado:

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

8. Abandono:

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

9. Rescate:

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

10. Adherencia al Programa de Tratamiento:

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

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

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

11. Interconsultas:

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

12. Motivo de egreso:

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

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

13. Reincisión / integración Social.

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

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

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

a. Dimensiones del Indicador de Reinserción Social.

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

Las dimensiones básicas consideradas y sus variables son las siguientes:

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

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

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

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

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

Las variables consideradas en el modelo son las siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

c. Evaluación del proceso de Reinserción social:

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

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

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

14. Definición de algunas sanciones

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

a. Sanciones no Privativas de Libertad:

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

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

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

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

b. Sanciones Privativas de Libertad:

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

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

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

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

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

ANEXO 1**PAUTA DE COTEJO
CRITERIOS DE CALIDAD APLICACIÓN DE LA NORMA¹⁸**

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

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

Ponderación

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

ANEXO 2**PLAN DE MONITOREO¹⁹**

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

a.-		b.-	c.-	d.-	e.-	f.-	g.-
TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DE LA CALIDAD QUE MIDE	DESCRIPCIÓN	FORMATO	FUENTE DE DATO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	NIVEL DE DECISION
1.- Estructura	Accesibilidad	Nº de Unidades Clínicas para adolescentes privados de libertad en SENAME para desintoxicación y compensación de casos psiquiátricos agudos, con camas, habilitadas	% Total de Unidades	Censo de SENAME Certificación	Anual	Coordinadores Nacionales CONACE SENAME	MINSAL, CONACE SENAME
2.- Resultado	Accesibilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas y otros trastornos de salud mental que son atendido en Centros Privativos de libertad	Nº Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático en– Drogas y Alcohol y otros trastornos de salud mental que son atendido en <u>Centros privativos de libertad</u> Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley en centros privativos de libertad del periodo X 100	Registro de Ingreso Registro Ad – Hoc	Trimestral	Coordinador Equipo Salud Mental Comunitario con Prog. intensivo De drogas del centro privativo de libertad	MINSAL, CONACE SENAME

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

3.- Resultado Centinela	Accesib ilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas, con intoxicación severa y/o descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía.	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con Problemas con Consumo de Alcohol – Drogas con intoxicación severa y/o descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía</p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas.</p> <p>X 100</p>	Registro de Ingreso - Egreso	Trimestr al	Coordinador Unidad DE hospitalización Corta Estadía, en medio privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAM Servicio de Salud
4.- Resultado Centinela	Mide Accesib ilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía.	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con descompensación mental atendido en Unidades de Corta Estadía.</p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley ingresados a unidad de corta estadía.</p> <p>X 100</p>	Registro de Ingreso - Egreso	Trimestr al	Coordinador Unidad DE hospitalización Corta Estadía, en medio privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, Servicio de Salud SENAM
5.- Resultado Centinela	Accesib ilidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas que es atendido en Centros de Salud Mental Comunitaria y Drogas	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con Consumo de Alcohol – Drogas que es atendido en Centros de Salud Mental Comunitaria y Drogas</p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas referidos por el juez</p>	Registro de Ingreso Registro Ad – Hoc	Trimestr al	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en medio privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAM Servicio de Salud

			para tratamiento X 100				
6.- Resultado	Competencia Profesional	% de Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático en drogas y alcohol Problemas asociados que es atendido de acuerdo a la Guía Clínica correspondiente en el Centro de Salud Mental y Drogas	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático atendido de alcohol y drogas de acuerdo a orientaciones de la Guía Clínica en el Centro de Salud Mental y Drogas</p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas de Consumo de Alcohol – Drogas atendidos en Programa de Salud Mental y Drogas</p> <p>X 100</p>	<p>Ficha de Auditoria de la ficha Clínica</p> <p>Registro Ad – Hoc</p>	Semestral	<p>Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en medio privativo de libertad y en medio libre.</p>	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud
7.-Proceso	Oportunidad	% de Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático de Alcohol – Drogas, sin sanción asociada, referidos por delegado y/o equipo SENAME	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con consumo de Alcohol – Drogas, sin sanción accesoria <u>referidos por delegado y/o equipo SENAME</u></p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con consumo de Alcohol – Drogas ingresados al Programa de Salud Mental y Drogas</p> <p>X 100</p>	Registro de Ingreso	Semestral	<p>Delegado o equipo psicosocial de SENAME</p>	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud

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

10.- Resultado	Competencia Profesional Efectividad	% de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo problemático Alcohol – Drogas, ingresados, con confirmación diagnóstica al mes de su ingreso al Centro	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con Consumo problemático de Alcohol – Drogas ingresados, con confirmación diagnóstica al mes de su ingreso</p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo problemático de Alcohol – Drogas ingresados al Programa de Salud Mental y Drogas X 100</p>	<p>Ficha de Auditoría de la Ficha de Ingreso</p> <p>Registro de Ingresos</p>	Trimestral	Profesionales del equipo de drogas – Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud
11.- Resultado	Efectividad Continuidad Competencia Profesional	% de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas, egresados y con seguimiento por lo menos un año.	<p>Nº Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas egresados y con seguimiento por lo menos un año</p> <p>Nº Total de Adolescentes Infractores de Ley con Problemas asociados a Consumo de Alcohol – Drogas egresados del Programa de Salud Mental y Drogas X 100</p>	<p>Ficha de Auditoría de la Ficha Clínica</p> <p>Registro de Ingresos - Egresos</p>	Semestral	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud

12.- Resultado	Competencia Profesional	% de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, capacitados en temas atingentes.	<p>Nº de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, capacitados en temas atingentes.</p> <p>Nº Total de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley.</p> <p>X 100</p>	Registro de Capacitación Registro de RRHH	Anual	MINSAL, CONACE, SENAME	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud
13.- Resultado	Competencia Profesional Seguridad	% de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que practica Autocuidado del equipo	<p>Nº de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que practica Autocuidado del equipo.</p> <p>Nº Total de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley.</p> <p>X 100</p>	Registro de Capacitación Registro de RRHH	Anual	Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en medio privativo de libertad y en medio libre.	MINSAL, CONACE SENAME
14.- Resultado	Competencia Profesional Seguridad	% de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que son supervisados sistemáticamente por el Servicio de Salud respectivo	<p>Nº de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley, que son supervisados sistemáticamente por el Servicio de Salud respectivo.</p> <p>Nº Total de Equipos de Salud Mental que atienden a Adolescentes Infractores de Ley en el respectivo Servicio de Salud.</p>	Registro del Plan de Supervisión del Servicio de Salud Registro de RRHH	Semestral	Servicio de Salud	MINSAL, CONACE SENAME Servicio de Salud

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

18.- Resultado Centinela	Competencia Profesional Continuidad	<p>% de Adolescentes Infractores de Ley, que mantienen adherencia al tratamiento en un año</p> <p>Nº de Adolescentes Infractores de Ley, que se mantienen en tratamiento por 12 meses</p> <p>Nº Total de adolescente en tratamiento con medida privativos de libertad y en medio libre</p> <p>X 100</p>	<p>Registro del Plan de Supervisión del Servicio de Salud</p> <p>Registro de RRHH</p>	Anual	<p>Coordinador del Centro de Salud mental Comunitaria y Drogas, en privativo de libertad y en medio libre.</p>	MINSAL, CONACE SENAM
--------------------------------	---	---	---	-------	--	----------------------------

ANEXO 3

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

²⁰ Elaboración CONACE

ANEXO 4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII Bibliografía

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

14. IV Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile. CONACE - Dirección de Estudios Sociológicos (DESUC) de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Mayo 2001.
15. Marlatt, G. A.; Parks, G., and Witkiewitz, K. "Clinical Guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy". Addictive Behaviors Research Center, Departament of Psychology, University of Washington, 2002.
16. Marlatt, G. A.; Parks, G., and Witkiewitz, K. "Clinical Guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy". Addictive Behaviors Research Center, Departament of Psychology, University of Washington, 2002.
17. Marlatt,G;"La prevención de recaídas en las conductas adictivas;Un enfoque de tratamiento cognitivo conductual.En M Casas y M Gossops (Eds).Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y Prevección de recaída.Ediciones en Neurociencias,Barcelona,p.137-159.1993.
18. McCarney, Willie, "Restorative Justice, An Internetional Perspective. Journal of the Center for Families, Children & the Courts", 2001, en: <http://www.courtinfo.ca.gov/programs/cfcc/> y también en los archivos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, en Conferencia dada por el autor el día 7 agosto 2003.
19. Mettifogo, D. Sepúlveda, R. La situación del tratamiento de jóvenes infractores de ley en Chile. CESC. 2005.
20. Mettifogo, D. Sepúlveda, R. Trayectorias de vida de jóvenes infractores de ley. CESC. 2005.
21. Milán, Ana María, "Metodología de atención en adolescentes con consumo de sustancias", Revista EL OBSERVADOR Nº 19 del Servicio Nacional de Menores SENAME, tercer trimestre 2001, pags. 33-46.
22. Ministerio de Justicia, Ley No 20.084 Publicada en Diario Oficial 7/12/05.
23. Ministerio de Salud de Chile,"Guía Clínica Primer episodio Esquizofrenia.1st Ed Santiago; Minsal, 2005.
24. Ministerio de Salud Guía Clínica " Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en adolescentes de 10 a 19 años" Chile 2006.
25. Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría", Unidad de Salud Menta MINSAL, 2000.
26. Ministerio de Salud, Norma Técnica " Medidas de Contención para personas con enfermedad mental en episodio de agitación psicomotora" Chile 2003.
27. Modelo Integral: Prevención selectiva y Tratamiento de Drogas para Niños y Adolescentes en Vulnerabilidad Social. Modalidad de Intervención Psicosocial. CONACE, Gobierno de Chile, 2005.

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