







GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

## ORIENTACIONES TÉCNICAS

Tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol  
y Drogas, y otros Trastornos de Salud Mental en  
Adolescentes Infractores de Ley

2007



#### **Coordinadores técnicos del documento**

Dr. Alberto Minoletti      Jefe Departamento Salud Mental Ministerio de Salud  
Dr. Mariano Montenegro      Jefe Área Tratamiento CONACE

#### **Equipo técnico responsable**

Dra. Melba Álvarez      Médico Psiquiatra Infantil Asesora de CONACE  
A.S. M. Angélica Caprile      Profesional Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud  
Ps. Viviana García      Asesora CONACE  
Ps. Jorge Iglesias      Asesor CONACE  
A.S. Isabel León      Profesional Área de Tratamiento de CONACE  
Dr. Alejandro Maturana      Médico Psiquiatra Infantil Asesor de CONACE  
Ps. Max Möller      Profesional Área de Tratamiento de CONACE  
E. y M. Patricia Narváez      Profesional del Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud  
Ps. Rodrigo Navia      Profesional SENAME  
Ps. Úrsula Pesse      Asesora CONACE  
Ps. Claudia Quinteros      Programa Adolescentes CONACE

#### **Responsables de la redacción y edición**

A.S. M. Angélica Caprile      Profesional Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud  
Ps. Max Möller      Profesional Área de Tratamiento de CONACE  
E. y M. Patricia Narváez      Profesional del Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud

#### **Diseño e impresión:**

Editorial Atenas Ltda.

# Índice

	Página
<b>Presentación.....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo I. Bases conceptuales para la atención.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
1.1. Estudios epidemiológicos.....	11
1.2. Perfil de las y los adolescentes en programas SENAME.....	13
1.3. Características del uso de sustancias en adolescentes infractores de ley...15	
1.4. Vulnerabilidad psicosocial en adolescentes infractores.....	18
1.5. Adolescente y transgresión de ley relación droga y delito.....	19
<b>2. Modelo de intervención.....</b>	<b>22</b>
2.1. Fundamentos teóricos.....	22
2.2. Principios orientadores.....	24
2.3. Variables involucradas en el tratamiento integral del adolescente.....	26
2.4. Aspectos transversales en la intervención terapéutica en adolescentes infractores de ley.....	32
<b>3. Esquema general del programa de tratamiento de adolescentes infractores de ley con consumo problemático y dependencia a alcohol y drogas.....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo II. Lineamientos técnicos para la atención integral.....</b>	<b>39</b>
1. Flujogramas de los procesos de atención en adolescentes infractores de ley..40	
2. Sospecha del consumo problemático en adolescentes infractores de ley....45	
2.1. Procedimiento de sospecha diagnóstica y tamizaje.....	45
2.2. Derivación asistida.....	46
3. Confirmación diagnóstica del consumo problemático.....	47
3.1. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor con sanción accesoria.49	
3.2. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor sin sanción accesoria..49	
4. Ingreso al programa de tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas.....	50
4.1. Criterios administrativos del ingreso al programa.....	50
4.2. Consideraciones del ingreso al programa de tratamiento.....	50
4.2.1. Adolescentes infractores con sanción accesoria.....	50
4.2.2. Adolescentes infractores sin sanción accesoria.....	51
5. Diagnóstico.....	53
5.1. Diagnóstico integral.....	53
5.1.1. Áreas evaluadas.....	54
6. Tratamiento.....	64
6.1. Plan individual de tratamiento integral (P.I.T.I.).....	64
6.2. Modalidades de tratamiento.....	67
6.3. Intervenciones terapéuticas.....	71
6.4. Etapas del tratamiento.....	72
6.4.1. Etapa de adaptación.....	72

6.4.2. Etapa de estabilización y consolidación del tratamiento.....	80
6.4.3. Etapa de resolución e integración social.....	94
6.5. Plan de egreso.....	100
6.6. Etapa de seguimiento.....	101
6.7. Tratamiento farmacológico.....	102
<b>Capítulo III. Equipo y autocuidado.....</b>	<b>109</b>
1. Aspectos generales.....	109
2. Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad.....	112
3. Equipo y atención de población adolescente vulnerada de derechos.....	113
4. Estrategias de autocuidado.....	113
5. Equipo y competencias técnicas.....	116
<b>Desafíos futuros.....</b>	<b>117</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>119</b>
Anexo 1. Tabla de evidencia científica.....	119
Anexo 2. Ficha clínica del niño, niña y adolescente.....	123
Anexo 3. Compromiso biopsicosocial.....	133
Anexo 4. Tabla de definición de prestaciones.....	143
Anexo 5. Esquema general sobre protección a la infancia y adolescencia.....	145
<b>Bibliografía.....</b>	<b>149</b>

# Presentación

El presente documento es resultado del trabajo intersectorial llevado a cabo para responder en forma conjunta y coordinada a la atención de salud integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos mentales.

En virtud de la puesta en vigencia de la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Juvenil, el Ministerio de Justicia, a través del Servicio Nacional de Menores (SENAME); el Ministerio del Interior, a través del Área de Tratamiento del Consejo Nacional de Estupeficientes (CONACE) y el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, conforman una mesa técnica para diseñar la atención sanitaria que dé respuesta a la demanda de esta población durante el cumplimiento de la sanción penal.

Dadas las particularidades de la población objetivo, que presenta una condición de alta vulnerabilidad por la complejidad de su perfil biopsicosocial, la intervención clínica es altamente especializada.

Del mismo modo, se propone que los equipos de salud mental y drogas, y socioeducativos responsables de la atención integral del adolescente infractor de ley penal con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales, lleven a cabo procesos de atención más estandarizados y eficaces

La Ley 20.084, en su artículo 7°, plantea la posibilidad de que el juez otorgue una sanción accesoria correspondiente al tratamiento en drogas a los adolescentes que lo requieran. En otro escenario, los adolescentes con medida cautelar **en el medio privativo** o con condena que presenten consumo problemático de drogas, podrán acceder al tratamiento de manera voluntaria, una vez que se confirme dicho consumo.

Lo anterior determinó la creación de una estrategia específica para dar respuesta a estos escenarios: ***Programa de Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos de salud mental,***<sup>1</sup> que debe responder a ambas situaciones, cuyos usuarios serán los adolescentes mujeres y hombres entre 14 y 18 años infractores de ley, con y sin sanción accesoria y con consumo problemático de drogas (consumo perjudicial y/o dependencia) y otros trastornos mentales.

El documento se divide en tres capítulos; el primero contextualiza la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente y define los conceptos que servirán de marco de referencia para dar curso a las intervenciones clínicas y psicosociales de alta intensidad que requiere

<sup>1</sup> Convenio CONACE-SENAME-MINSAL-FONASA. Protocolo Operativo, 2007.

esta población. El segundo capítulo da cuenta de las recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales. El tercer **el capítulo hace referencia a recomendaciones para que los equipos realicen actividades de autocuidado.**

Cabe precisar que este documento será revisado luego de un período de implementación de los programas de atención, para recoger la experiencia de los equipos clínicos y socioeducativos en la atención del adolescente. Tanto los procesos de asesoría y de supervisión como el de evaluación de criterios y estándares de calidad contribuirán a identificar y sistematizar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas.

Con el objeto de facilitar y dar mayor fluidez a la lectura de este documento, nos referiremos “al adolescente” entendiéndolo que este concepto alude tanto a la población masculina como a la femenina.



# Capítulo I

## Bases conceptuales para la atención

*La atención integral de los adolescentes infractores de ley es la reparación de sus derechos frente a la exclusión social a la que han sido expuestos por la sociedad*

### 1. Antecedentes

Los importantes e históricos avances en materia de derechos humanos en el ámbito internacional, han sido de gran influencia e impacto en las políticas públicas de nuestro país, como la “Convención Internacional de los Derechos del Niño” y la “Política de Protección de la Infancia”, con enfoque de derechos en las diversas áreas de la infancia y adolescencia. Un ejemplo de ello es la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente N° 20.084, promulgada en diciembre de 2005.

En el ámbito de la salud se están incorporando estrategias de protección de derechos en programas de infancia y adolescencia, recogiendo las recomendaciones de políticas internacionales y nacionales, como son “Chile Crece Contigo” en el marco de la Política de Protección Social, donde se despliega el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia.

En relación con las políticas de prevención y tratamiento del Consumo Problemático de Drogas, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) ha desarrollado desde el año 2001 programas de tratamiento en adicciones para la población general, en conjunto con el Ministerio de Salud.

En el año 2002 CONACE convocó a expertos a ser parte de una mesa técnica para estudiar las necesidades de tratamiento de los adolescentes, y establecer los lineamientos técnicos de un modelo de intervención<sup>2</sup>.

El 2003 construyó el marco teórico del modelo, sobre la base de una revisión bibliográfica, revisión de evidencia científica y de experiencias nacionales. Además, el MINSAL conformó una comisión de expertos para consensuar el modelo

<sup>2</sup> Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de niñas, niños y adolescentes. Orientaciones Técnicas, CONACE 2003.

que se ha ido definiendo como “comprendido evolutivo e integral de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de drogas y/o alcohol”.

En el año 2005 se iniciaron algunos proyectos piloto que permitieron ajustar los planes de tratamiento, los que el año siguiente fueron incorporados al Convenio CONACE-FONASA-MINSAL. Estos planes han servido de base para implementar la incorporación de acciones en el ámbito de la atención del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes mediante la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), que constituye un importante avance para la salud pública de la población.

Paralelamente en 2003, SENAME inicia el desarrollo de proyectos de tratamiento específicos para adolescentes infractores de ley en diversas ciudades de Chile, los que en un principio consideraron una perspectiva psicosocial con énfasis en la reducción de riesgo, con menor desarrollo de las variables biológicas. Posteriormente, SENAME solicita a CONACE la realización de una investigación para la elaboración de un modelo específico en esta población basado en la experiencia de los equipos clínicos y en la evidencia científica disponible.

Luego, en el 2005, CONACE y SENAME establecieron un sistema de capacitación y asesoría clínica para los equipos tratantes, con el fin de probar y homologar el modelo de tratamiento y rehabilitación infantoadolescente en drogas propuesto para este perfil de usuario. Se destaca que en este mismo año se estableció la mesa técnica CONACE-SENAME-MINSAL que elaboró la “*Norma Técnica N° 85 para la atención de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales*”.

Gracias a un trabajo intersectorial, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Ministerio de Salud (MINSAL) han ido fortaleciendo una alianza estratégica en función de la comunidad de intereses que los convocan, en este caso la población adolescente, en concordancia con la experiencia de trabajo desarrollado en los últimos años<sup>3</sup>. Este importante esfuerzo de intersectorialidad ha permitido la convergencia de las políticas públicas en materia de derecho de la infancia y adolescencia, y el abordaje en salud mental y drogas para esta población, relevándose el trabajo realizado con adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas.

A partir de esta alianza intersectorial, se han elaborado documentos para la preparación y la articulación de la oferta de servicios que permitan una atención integral e integrada. Un primer documento en esta línea es la **Norma Técnica N° 85 Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos de salud mental**, que regula el desarrollo de la red asistencial para la atención integral de los adolescentes.

<sup>3</sup> Convenio CONACE - SENAME de fecha 15 de diciembre de 2003. y Convenio CONACE-MINSAL-FONASA 2006 - 2007

El segundo documento corresponde a las presentes Orientaciones Técnicas, que tiene por finalidad ofrecer a los equipos herramientas técnicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, basadas en juicio de experto y en la mejor evidencia disponible.

Para su elaboración se ha realizado una revisión de evidencia científica y se ha considerado la experiencia clínica de los equipos de tratamiento en drogas con población adolescente con y sin infracción de ley. Dado que la evidencia científica aún es incipiente en este tema, se ha tenido especial consideración del juicio de expertos y de los equipos con experiencia profesional de trabajo en esta población.

### **1.1. Estudios epidemiológicos**

La prevalencia global de los trastornos mentales y conductuales en la población infantil y adolescente ha sido objeto de varios estudios en países desarrollados y en desarrollo. Aunque las cifras de prevalencia varían notablemente entre los estudios, parece que entre el 10% y 20% de todos los niños tiene uno o más problemas mentales o del comportamiento.<sup>4</sup>

Las investigaciones sugieren que la prevalencia de problemas de salud mental para los jóvenes en contacto con el sistema de justicia criminal, presenta tasas de 25 al 81%, siendo los más altos los que están en custodia.<sup>5</sup>

La realidad en el país del uso de sustancias psicoactivas en adolescentes chilenos se refleja en el “**Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General**” realizado por CONACE (2006)<sup>6</sup>, donde las drogas más consumidas -según la prevalencia de último año- para el grupo de 12 a 18 años son el alcohol y la marihuana, seguidas por la cocaína y la pasta base. La prevalencia de vida de consumo de alcohol llega al 58,1% en este grupo, la prevalencia de último año al 48,8%, mientras que un 33,8% para la prevalencia de último mes. El consumo de alcohol presentó un aumento desde 1994 a 1996 y se ha mantenido estable en los últimos diez años. Asimismo, entre los adolescentes, la prevalencia de vida de consumo de marihuana es de 14,2%; la del último año, de 7,8%; y la del último mes, de 4,1%; observándose un leve aumento en el último bienio, aunque menor que entre los jóvenes y adultos jóvenes.

En lo que se refiere a consumo problemático en la población de 12 a 18 años bajo la forma de abuso y dependencia, éste corresponde al 24% del total

4 Informe sobre la salud en el mundo 2001:Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas OMS.

5 The Mental Health of Young Offenders, a report commissioned by The Mental Health Foundation and written by Dr. Ann Hagell, Policy Research Bureau, London, August 2002.

6 Ministerio del Interior, CONACE, Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General Chile, 2006.

de consumidores problemáticos de todas las edades, es decir, a unos 53.150 adolescentes de un total de 218.744.

El estudio de CONACE en población escolar<sup>7</sup> indica que el alcohol es la droga más consumida por los escolares en Chile, con un 44% (prevalencia último mes), habiéndose registrado un aumento del 5%, lo que es estadísticamente significativo. Sólo los octavos básicos mantienen sus registros anteriores, con un 22%. Luego viene la marihuana como segunda droga más consumida, que ha incrementado su prevalencia llegando al 15,2%. Se observa un aumento significativo en el último bienio, principalmente en los jóvenes de 16 y 17 años. Al mismo tiempo, se ha observado que el aumento ha sido mayor en los colegios particulares que en los otros tipos de establecimientos educacionales.

El estudio solicitado por SENAME a la Dirección de Estudios Sociológicos de la Pontificia Universidad Católica en diez regiones del país, que consideró un universo de 4.485 adolescentes, de los cuales 338 son mujeres y 4.147 hombres, dio como resultado que del total de esta población, un 70% de los jóvenes que se encuentra en los programas para infractores han consumido alguna droga (marihuana, pasta base o cocaína) en el último año y un 46% en el último mes.<sup>8</sup>

El 66% de la población con medidas privativas puede ser clasificada en alto riesgo, sea por declaraciones de abuso de marihuana o uso/abuso de cocaína, mientras que esta condición alcanza al 34% de la población infractora en medidas no privativas, con mayor prevalencia de abuso de marihuana que de cocaína, en este caso.<sup>9</sup>

El mismo estudio señala que “...También se puede obtener evidencia respecto a la vinculación entre uso de drogas y reincidencia delictual tomando como medida de referencia el número de veces que ha sido detenido sin contar controles de identidad o detenciones por rebeldía. El 64% de quienes no declaran prevalencias de uso de drogas reconoce solamente la detención actual (“primerizos”), mientras que el 60% de quienes declaran abuso de cocaína reconoce más de cinco detenciones. Esta misma relación se obtiene cuando se toma como medida de referencia el número de veces que se ha estado en un programa de infractores de ley. En este caso, el 81% de los adolescentes que no declara uso de drogas se reconoce como “primerizo”, mientras que el 48% de los que declaran abuso de cocaína reconoce haber estado tres o más veces en un programa de infractores de ley”.<sup>10</sup>

En esta población se debe prestar especial atención también al diagnóstico de trastornos mentales, pues este mismo estudio demuestra que este grupo se

7 Estudio Nacional de Drogas en población escolar Chile, CONACE 2004.

8 Universidad Católica de Chile. Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley 2007.

9 Ídem.

10 Ídem ref.9

encuentra afectado en alrededor de un tercio por depresión, principalmente mujeres (51%) y adolescentes en régimen privativo (50%). Asimismo, los adolescentes con privación de libertad reportan mucha más ansiedad y trastornos del sueño (55%), y psicosis y paranoia (36%) respecto de aquéllos que están en régimen ambulatorio.

### **1.2. Perfil de las y los adolescentes en programas SENAME**

En el perfil de esta población se presentan diversas alteraciones y/o trastornos, tanto en su salud física y mental como en su medio ambiente sociocultural, que son necesarias de identificar, pesquisar y estudiar integralmente en cada adolescente.

Algunas de las características que SENAME identifica entre los adolescentes bajo su responsabilidad son:

- Cerca de un 50% de los adolescentes que están en la red SENAME ha ingresado por delitos de escasa gravedad, mientras que un 19% lo ha hecho por delitos graves. A su vez, un 16% se encuentra en sistemas privativos de libertad. Si se compara con el porcentaje de detenidos por delitos graves (10,2% en promedio entre 2000 y 2005), se observa que hay una cierta selectividad al ingreso respecto de los delitos más graves, y una correspondencia entre la comisión de delitos graves y el uso de la privación de libertad.
- Del total de adolescentes infractores, un 8% es de sexo femenino, de acuerdo a los datos registrados por el SENAME. En cambio, según datos de Carabineros de Chile, el 16% de los aprehendidos por delitos o faltas en el año 2005 correspondió a adolescentes de este mismo sexo. Lo anterior estaría indicando una mayor selectividad al ingreso a la red SENAME en el caso de los hombres.
- Respecto de la edad, un 30,8% tiene entre 14 y 15 años, un 59,6% entre 16 y 17 años, un 0,6% es menor de 14 años y un 8,2% es mayor de 18 años.
- El 20% de los adolescentes que están en alguno de los programas para infractores de ley, tanto de medio libre como privativo de libertad, había estado anteriormente en alguno de ellos. Si se consideran sólo los reingresos al programa de cumplimiento de la sanción privativa de libertad (CERECO), un 40% había estado anteriormente en el mismo programa. En otras palabras, los reingresos son mayores cuando se trata de programas privativos de libertad que cuando se trata de programas en el medio libre.
- La gran mayoría de los adolescentes en los programas para infractores de ley tiene escolaridad básica (61,0%), ya sea en su modalidad regular o de educación para adultos, y un 35,4% tiene educación media, ya sea técnico-profesional, científico-humanista o educación de adultos. Al comparar el nivel de escolaridad de los adolescentes infractores de ley con la población nacional entre 14 y 18 años de edad (CASEN 2003), la mayoría de estos

últimos está en educación media (73,9%), mientras que en educación básica hay un 22.8%. De acuerdo con otro estudio, uno de cada dos adolescentes infractores asiste a la escuela (48%), e incluso los que cometen delitos más graves lo hacen con más frecuencia (55%). Sin embargo, de los que no asisten a la escuela, al 85% le gustaría asistir.

- Por otra parte, la mayoría tiene una experiencia laboral fallida con grandes dificultades para desarrollar su “vocación”. Un 73% ha trabajado antes en un empleo informal o temporal. Una minoría (28%) estaba trabajando al momento de ser detenido.

#### EL PATRÓN DE USO Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS ES DISTINTO ENTRE ADOLESCENTES Y ADULTOS

La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias<sup>11</sup>. Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos. Su utilización en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente los padres) y sus pares<sup>12</sup>.

Se entenderá por **consumo problemático** a aquél 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 se manifiesta en dos patrones: consumo perjudicial y dependencia.

Según la CIE 10 se define como:

- Consumo perjudicial (**CIE 10**): Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, que 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 ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas ocasiones en el período de un año.
- Síndrome de dependencia (**CIE 10**): Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognitivas que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquieren, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia<sup>13</sup>. Estudios que investigan

11 (Compton et al. 2005)

12 (Clark 2004).

13 (Clark 2004; Winters 1999).

el abuso y la dependencia a alcohol en grandes muestras de población general adolescente<sup>14</sup> han evidenciado que:

- El síndrome de abstinencia a alcohol se manifiesta en formas distintas al síndrome del adulto.
- La tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia.
- Los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en los adultos dependientes a alcohol.
- El abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes.

Este perfil de la dependencia en adolescentes podría llevar a una débil consideración de la gravedad del problema, tanto por parte de los adolescentes como también por su familia y el sistema de salud.

### ***1.3. Características del uso de sustancias en adolescentes infractores de ley***

Los factores asociados con abuso y dependencia ante el uso de drogas son numerosos y variados: la edad de inicio en el consumo de drogas es siempre un predictor sobresaliente, lo mismo que el compromiso delictual relacionado con reincidencia delictiva (número de veces que ha sido detenido), gravedad del delito imputado (robo con violencia) y régimen de detención (privado de libertad<sup>15</sup>).

El estudio de prevalencia de la Universidad Católica<sup>16</sup> muestra que la gravedad del delito imputado (robo con fuerza y/o robo con violencia respecto de robos simples y otros delitos de menor gravedad) se relaciona con abuso de drogas -pero no con dependencia- que obedece siempre no sólo a la intensidad del comportamiento desviado, sino también a la vulnerabilidad de quien se compromete en él (la dependencia no es sólo una conducta, sino también una enfermedad).

La dependencia a drogas está fuertemente asociada con trastornos de salud mental, especialmente ansiedad y daño cognitivo, aunque también psicosis y depresión; el abuso de drogas, en cambio, aparece menos asociado con estos trastornos, salvo ansiedad y trastornos del sueño que ofrece una asociación poderosa en ambos casos. Los trastornos de personalidad son más convergentes: los más significativamente relacionados con abuso y dependencia son la disposición al riesgo (temeridad) y la irritabilidad<sup>17</sup>.

14 (Fulkerson et al. 1999; Harrison et al. 1998)

15 Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley, P. Universidad Católica de Chile, 2007.

16 Ídem.

17 Ídem.

Si bien en el comienzo del proceso adictivo el adolescente tiende a ver más las ventajas que las desventajas del consumo<sup>18</sup>, la evidencia muestra que el consumo problemático en adolescentes afecta 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 persona<sup>19</sup>.

#### COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

En adolescentes de alta vulnerabilidad social, especialmente aquéllos que pertenecen al grupo de infractores de ley, se evidencia una importante asociación a comorbilidades<sup>20</sup>. Se considera para el registro, el diagnóstico principal y el o los diagnósticos secundarios de la clasificación CIE 10.

Estudios de evidencia internacional señalan que se debe poner especial cuidado en el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica por ser ésta una población de mayor prevalencia de patología dual. Lo anterior hace necesario realizar un diagnóstico integral precoz, no sólo con el fin de ofrecerles tratamiento acorde a sus necesidades, sino que además saber qué otros requerimientos básicos deben ser resueltos<sup>21</sup>.

Se presenta a continuación un listado de posibles diagnósticos de trastornos mentales en adolescentes infractores de ley:

Diagnóstico	CIE 10
Trastorno mental orgánico, incluidos los sintomáticos.	F00-F09
Trastorno esquizofrénico, esquizotípico y delirante.	F 10-F19
Trastornos del ánimo, depresivos (incluye episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, distimia).	F32- F33 F 34.1
Trastornos del ánimo bipolar (incluye episodio maniaco, trastorno afectivo bipolar; ciclotimia).	F 30- F 31 F 34.0
Trastornos del ánimo, otros y no especificados (incluye todos los otros y los dudosos dentro de la categoría CIE 10, sólo si se acompañan de discapacidad severa).	F 30.-F39
Trastornos de angustia severos. Incluye trastorno de pánico; agorafobia con o sin trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, cualquiera de los otros considerados en la categoría CIE 10 T. Neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfo (sólo si se acompañan de discapacidad severa).	F 41.0 F 40.0-F 42
Trastornos de personalidad sólo si determinan discapacidad severa.	F 60 - F 69
Retardo mental sólo si determina discapacidad severa.	F 70 - F 79
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (sólo si determinan discapacidad severa y/o interferencia severa al tratamiento).	F 90 - 98

18 (Monti et al. 2001).

19 (Monti et al. 2001).

20 (Bloom, 2005; Dorothy Otnow-lewis 2002, 2004, 2005; Kaplan y Cornell, 2004; De la Peña, 2006).

21 Revisión de Evidencia del Tratamiento en Drogas. U. de Chile, 2007.



Trastornos de la conducta alimentarios.	F 50 F50.1 F50.9
Trastornos por déficit de atención (TDAH).	F90
Trastornos ansiosos.	F41
Trastornos de estrés postraumático.	F98.5
Trastornos de tic.	F 95
Trastornos del sueño.	F 51
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	F50-59
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 trastornos 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 - F89
Trastornos disociales.	F91
Trastornos disociales y de las emociones mixtos.	F92
Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.	F93
Trastornos de ansiedad de separación de la infancia.	F93.0
Trastornos de ansiedad fóbica de la infancia.	F93.1
Trastornos de hipersensibilidad social de la infancia.	F93.2
Trastornos de rivalidad entre hermanos.	F93.3
Trastornos 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
Trastornos de la conducta alimentaria de la infancia.	F98.2
Pica en la infancia.	F98.3
Trastornos de estereotipias motrices.	F98.4
Tartamudeo.	F98.5
Trastornos del desarrollo de la personalidad: se debe agregar, aunque no sea un trastorno clasificado en el CIE 10.	

Asimismo, podrá presentarse en forma simultánea al consumo problemático de sustancias una patología somática severa. Se excluye la psicopatía.

#### MORBILIDAD FÍSICA

En Chile no hay estudios relativos a prevalencia de patología física de los adolescentes con consumo problemático e infractores de ley, sin embargo la opinión de expertos señala la presencia de una alta prevalencia de patología física en esta población.

#### LOS POSIBLES DIAGNÓSTICOS SON:

Diagnósticos
Lesiones de piel.
Sepsis bucal.
Enfermedades respiratorias.
Desnutrición.
Enfermedades de transmisión sexual.
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.
Anemia: megaloblástica y ferropénica.
Complicaciones asociadas al consumo en estado de embarazo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Para la madre: aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, endometritis, etc.</li><li>• Para el hijo: sufrimiento fetal agudo, retardo del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, hipotermia neonatal, alteraciones metabólicas neonatales, síndrome de privación neonatal, síndrome alcohólico fetal, etc.</li></ul>

#### 1.4. Vulnerabilidad psicosocial en adolescentes infractores

En la intervención integral del adolescente infractor con consumo de drogas y/u otros trastornos mentales o del comportamiento, se hace indispensable estudiar con profundidad la perspectiva del riesgo psicosocial a la cual estuvo sometido el adolescente. Esto posibilita analizar, tanto las características del entorno inmediato o distante como las características personales que aumentan la probabilidad de que ese joven en particular, manifieste dificultades en su desarrollo y, por ende, en su comportamiento actual y futuro.

Asimismo, permite abordar en la intervención las diversas variables, tales como: género, influencia de los pares, características de la familia, comunidad

y la cultura en que se inserta; y cómo interactúan éstas con vulnerabilidades individuales, por ejemplo, las características cognitivas, temperamentales<sup>22</sup> de tal modo de situar el contexto terapéutico sobre bases sistémicas evolutivas y comprensivas de la problemática adictiva o del trastorno mental concomitante.

El análisis de los factores de riesgo, tanto del entorno como individuales y la interacción en la generación de la conducta delictiva, permite rescatar además, las capacidades del joven que, pese a las adversidades, puede desarrollar una trayectoria de vida distinta.

Es muy importante ser precavido en la materia, ya que conocer los factores de riesgo a los que se ve expuesto un niño o joven *no produce certeza total* de que se vaya a alterar el desarrollo esperado, más bien, ayuda a estimar la probabilidad de que esto ocurra.

Considerar una probabilidad como una certeza en materias de prevención social es un *grave error*, pues se sabe que un niño o joven puede coexistir con todos los factores de riesgo posibles y, sin embargo, no externalizar comportamientos de riesgo<sup>23</sup>.

Es indispensable incorporar esta perspectiva al manejo psiquiátrico y/o farmacológico que realiza el equipo especializado de salud mental y, por tanto, es requisito indispensable complementar este abordaje entre las instituciones que otorgarán servicios de rehabilitación o reinserción social al adolescente.

### **1.5. Adolescente y transgresión de ley relación droga y delito**

Respecto de la relación entre delito y abuso de drogas se han establecido las siguientes tres posibilidades:

- El consumo problemático de drogas lleva a la comisión de delitos.
- El compromiso delictual lleva al consumo problemático de drogas.
- El compromiso delictual y el consumo problemático de drogas tienen algunas causas en común.

En los reportes de investigación en adolescentes se muestra una relación clara entre abuso de drogas y la actividad infractora de ley<sup>24</sup>. Algunas de las explicaciones propuestas para esta relación son:

<sup>22</sup> Hein, Andreas, "Factores de Riesgo y delincuencia Juvenil, revisión de literatura nacional e internacional".

<sup>23</sup> Krausskopf, D. "Las Conductas de Riesgo en la fase Juvenil" OIT, 1999.

<sup>24</sup> (Dawkins, 1997; Donovan & Jessor, 1985; Farabee et al., 2001; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Huizinga & Jakob-Chien, 1998; Jessor & Jessor, 1977; Pickrel & Henggeler, 1996; Watts & Wright, 1990).

- El abuso de drogas puede ser visto por los adolescentes infractores como una parte importante de la imagen que creen deben proyectar para ser aceptados por su grupo de pares, generalmente antisocial.
- El adolescente puede entrar en un consumo excesivo de drogas para obtener una mayor atención por parte de sus padres o, por el contrario, para actuar de un modo desafiante frente a la autoridad paterna.
- El abuso de sustancias puede verse como un escape del mundo real.
- Una explicación más biológica plantea que los infractores de ley adolescente sufren de un estado de baja estimulación crónica, por lo cual usan las drogas para elevar este estado.

En el adolescente, el vínculo entre las drogas y el delito es complejo; muchos de los que delinquen persistentemente, con frecuencia usan drogas y la dependencia hacia ellas puede asociarse a delitos. Sin embargo, tanto los delitos como el consumo problemático de drogas están ligados a otros factores, incluyendo las carencias socioeconómicas y afectivas.

Dicho de otro modo, la relación no es causal, sino que ambos están relacionados con otros factores que deben ser individualizados en cada adolescente, con el propósito de definir la mejor opción terapéutica y que responda a las necesidades de ese joven en particular.

Es fundamental que los equipos técnicos estudien y adquieran conocimientos en relación con la asociación que se produce en la vinculación entre el acto transgresor de la ley, su perfil de consumo y su historia de vida. La evidencia muestra que no hay un único perfil del joven que se involucra en actos de transgresión, encontrándose grupos muy heterogéneos de personas con una amplia diversidad, antecedentes e incursiones en una gran diversidad de delitos<sup>25</sup>.

El estudio de la Universidad Católica<sup>26</sup> antes citado, muestra la asociación droga-delito observada en la población infractora adolescente, llegando a concluir lo siguiente:

- Existe un mayor compromiso de abuso de cocaína y/o pasta base con delitos de mayor gravedad, como robo con violencia.
- Existe una relación entre abuso de droga y reincidencia (medida según número de detenciones o veces que ha ingresado a un programa del
- Departamento de Responsabilidad Juvenil (DEDEREJ).

<sup>25</sup> Araya, R. y Sierra, D. Influencia de los factores de riesgo social en las conductas delictuales.

<sup>26</sup> P. Universidad Católica de Chile. “Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley”, 2006.

## PRINCIPALES FACTORES COMPROMETIDOS EN LAS DIFERENTES TRAYECTORIAS DELICTIVAS DE LOS ADOLESCENTES

- Ausencia de integración social o inserción social precaria en los ámbitos de la escuela y el trabajo.
- Historial de fracaso y estigmas en la escuela a causa de rasgos individuales de personalidad, pero también por cuestiones culturales como los modales, la vestimenta, la manera de hablar, etc.
- Afiliación y compromiso con grupos de pares involucrados en actividades delictivas.
- Historial de contacto con instituciones formales de control social como la policía, los tribunales y los programas y centros de la red SENAME.
- Presencia y persistencia de una fuerte aspiración a la promoción social, combinada con experiencias de trastocamiento de los fines y medios socialmente aceptados para lograrla.
- Rasgos individuales de personalidad asociados a problemas para establecer adecuados soportes sociales. Un sector de la investigación criminológica ha recomendado el desarrollo de competencias que tienen que ver con dificultades para la contención y el manejo de límites y normas sociales.
- Desarrollo de un *compromiso* delictivo, reconstruible desde una perspectiva biográfica que condensa el punto de vista de la subjetividad. La *versión* que el adolescente tiene de su vida, aun cuando pueda no apuntar a los factores más determinantes en su trayectoria (a menudo no lo hace), significa los eventos y las experiencias vitales desde una vivencia subjetiva de “deriva” hacia la actividad delictiva que atraviesa diferentes fases.

El estudio pormenorizado de las maneras típicas como se combinan estos factores puede dar lugar a explicaciones más profundas sobre las trayectorias delictivas reales y más frecuentes, al mismo tiempo que orientar acerca de la forma de intervención adecuada para cada caso concreto.

## PRIVACIÓN DE LIBERTAD Y SÍNDROME DE PRISIONIZACIÓN

Un aspecto relevante a observar durante el tratamiento en adolescentes privados de libertad es la aparición de la “prisionización”. Se ha denominado prisionización<sup>27</sup> al proceso de incorporación paulatino y adaptativo a un contexto de privación de libertad. Goffmann E.<sup>28</sup> lo llamó “enculturación”.

27 Segovia, J. “Consecuencias de la prisionización”, Cuaderno Derecho Penitenciario, Universidad Salamanca, España. 2002.

28 Goffmann, E. “Internados”, Amorrortu, Bs. Aires, Argentina. 1998.

El proceso ha sido extensamente estudiado e involucra un particular síndrome de adaptaciones psicológicas que ocurren en respuesta a las extraordinarias demandas de la vida de la cárcel. En términos generales este proceso involucra la incorporación de las “normas de la prisión” a la manera en que los adolescentes piensan, sienten y actúan. La disfuncionalidad de estas adaptaciones puede provocar respuestas patológicas con consecuencias dañinas para los propios jóvenes y para los demás<sup>29</sup>:

- Personalidad delictual.
- Rasgos delictivos.
- Infracción de ley.
- Abuso sexual.
- Explotación sexual.
- Comercio sexual.

Ambos conceptos (prisionización y enculturación) apuntan a que la persona privada de libertad va adquiriendo progresivamente una nueva forma de vida que conlleva al aprendizaje de nuevas habilidades, la regulación de las relaciones sociales, normas dadas por los propios internos sobre la base de comportamientos apropiados al medio, que le permiten adaptarse y/o sobrevivir en él. La vida cotidiana de las personas privadas de libertad se caracteriza por una organización bastante rígida, carente de elementos motivadores y en donde prevalece lo normativo.

Los múltiples efectos psicológicos y socioculturales que se pueden presentar como consecuencia de la privación de libertad son especialmente relevantes a considerar cuando se trabaja con adolescentes, es decir, personas en proceso de desarrollo.

## 2. Modelo de intervención

### 2.1. Fundamentos teóricos

Las características del perfil del consumo en adolescentes infractores de ley y sus complejas problemáticas biopsicosociales, demandan una respuesta diferente que se ajuste a las necesidades individuales de esta población en particular y de sus familias. Los estudios demuestran que el tratamiento puede disminuir las tasas de abuso de drogas en un 50% y la actividad delictiva en un 80%, así como reducir las detenciones hasta en un 64%<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> Primer Informe de la Comisión de Expertos en responsabilidad penal adolescente. Octubre de 2006.

<sup>30</sup> NIDA, Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. 2006.

Las intervenciones en adolescentes infractores con consumo problemático de drogas deben considerar la etapa del ciclo vital en que se encuentra la persona, donde se manifiestan importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, por lo que sus necesidades y demandas son específicas, más aún, si se encuentran en contextos de vulnerabilidad social y en conflicto con la justicia.

Del mismo modo, el consumo de alcohol y otras drogas en esta etapa tiene una significación y características específicas distintas al consumo en la etapa adulta.

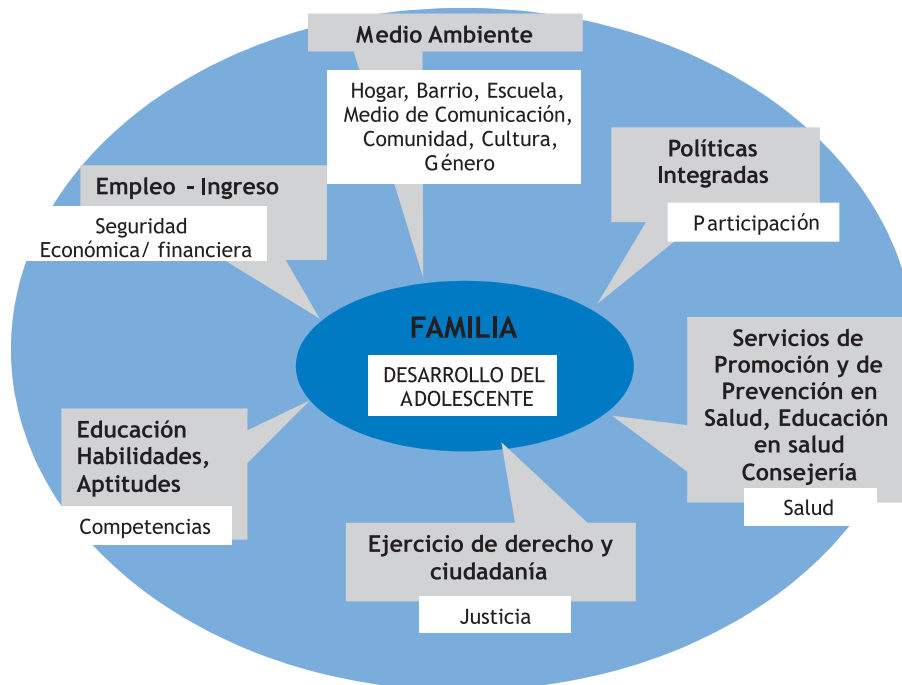
La aplicación de un **modelo comprensivo** en esta población requiere establecer un marco conceptual y metodológico que propenda a reorientar el desarrollo integral del adolescente que ha sido afectado por las condiciones psicosociales negativas en las cuales ha debido crecer.

El modelo de intervención comprensivo reconoce el **proceso evolutivo** en el que se encuentra el adolescente y la perspectiva de género como variables insustituibles en la comprensión e intervención de esta problemática. Los importantes cambios, la adquisición de capacidades, el concepto que tiene de sí mismo y su relación con el mundo le va generando tensiones y preocupaciones que muchas veces lo llevan a manifestar conductas desadaptativas como el consumo de drogas, incomprensibles para los adultos, pero que para el joven significan cambios que afectan su vida personal y social.

Es interesante el **enfoque de competencias** como visión de que el desarrollo de las personas se basa en sus recursos psicológicos y sociales, y no en sus déficits; esto debe llevar a los equipos a estar permanentemente mirando y buscando aquellos elementos que permitan a los adolescentes desarrollar modalidades adaptativas y de resolución de los desafíos del entorno, usando esas capacidades que, a primera vista, no se hacen evidentes y que han sido reprimidas por el entorno adverso.

En el siguiente esquema se aprecian las interrelaciones de la vida del adolescente con su medioambiente, las que deberán ser consideradas en las evaluaciones que realicen los equipos, precisamente desde los modelos evolutivo, comprensivo y con enfoque de competencias.

**FIGURA 1.**  
**INTERRELACIÓN DEL ADOLESCENTE CON SU ENTORNO, BASADO EN MARCO CONCEPTUAL OPS 2001**



El trabajo con adolescentes infractores de ley con consumo perjudicial y /o dependencia de alcohol y drogas requiere reforzar esta mirada (evolutiva) con mayor énfasis, dada la presencia de complejidades en múltiples ámbitos y su interacción, y la incapacidad del entorno de acogerlo, aceptarlo y promover su desarrollo integral y saludable, lo que finalmente puede llevar a omitir o sobreintervenir en un ámbito y perpetuar el desequilibrio en el desarrollo.

## 2.2. Principios orientadores

Los principios orientadores del modelo de intervención se describen a continuación:

- **Integralidad de la atención:** Se refiere a concebir el proceso desde una mirada que recoja y busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan el consumo de drogas. “Es necesario mirar al adolescente desde la globalidad sin pretender intervenir, haciendo foco no sólo en el consumo, sino que abordarlo dentro de un paquete más amplio”<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> Arbex, Carmen. Guía de intervención: menores y consumos de drogas. 2001.



- **Atención personalizada:** Se refiere a trabajar terapéuticamente desde las necesidades y capacidades de cada sujeto, ayudándole a visualizar su proceso de maduración personal y evaluar los avances alcanzados.
- **Flexibilidad de la atención:** Se refiere a ajustar el abordaje de la intervención a los requerimientos del adolescente, identificados en forma conjunta entre el equipo salud mental y drogas, este adolescente, la familia u otro adulto responsable y prosocial. Considera relevante el enfoque de género en el ajuste y abordaje de las prácticas terapéuticas.
- **Dimensión evolutiva:** Es indispensable en cualquier nivel de intervención relacionado con el consumo de drogas en adolescentes, considerar las características que surgen de su condición etaria y de ser personas en desarrollo cuya tarea evolutiva central es la construcción de su identidad. En este sentido, es importante tener presente el significado del delito como parte de la construcción de identidad.
- **Promoción del desarrollo y resiliencia:** Se refiere a la necesidad de que la intervención enfatice en las capacidades y potencialidades de la persona, más que en perturbaciones, carencias y déficits. Por eso mismo, las experiencias de logro serán consideradas como centrales en la metodología de trabajo con población infantoadolescente. Especialmente, si se trata de población de jóvenes en vulnerabilidad social, por cuanto se requerirá como cuestión central para la construcción de identidad valorada y socialmente integrada, superar la baja autoestima presente, que es producto de carencias, fracasos y estigmatizaciones vividas. Por lo tanto, se requiere de un aporte desde el ámbito sanitario que sea muy abierto a los contextos o a lo comunitario según corresponda, para evitar cualquier riesgo de “patologizar” la situación del adolescente, lo que añadiría nuevos estigmas y desvalorizaciones.
- **Responsabilización frente al delito:** La respuesta institucional a los delitos cometidos por adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas, se construye a partir de una estructura de garantías que sanciona, pero que procura integrarlo en lugar de reforzar su marginación. El concepto de responsabilidad alude a tres situaciones distintas:
  - En primer lugar, se trata de la atribución de responsabilidad penal al joven infractor, por la vía de una sanción.
  - En segundo término, se procura que el joven asuma la responsabilidad por la infracción cometida (efecto “educativo” de la sanción).
  - Finalmente, se propende a que el joven respete los valores, normas y roles convencionales, de manera de facilitar su integración social.
- **Reparación de derechos:** Muchos de los adolescentes involucrados en la problemática del consumo abusivo de drogas pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad social, ya que se trata de muchachos cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos que se traducen en historia de ruptura de lazos familiares, dificultades en la crianza, carencias afectivas y de todo tipo, daños psicosociales, detención del proceso educativo

formal, y socialización en un mundo donde la droga cumple una función importante en lo trasgresor y marginal.

Esta vulneración de derechos y ausencia de oportunidades afectaría distintas áreas de su desarrollo y es ahí donde se deben ubicar este enfoque e intervenciones. La resignificación de las experiencias vividas que vulneran sus derechos contribuirá a superar los daños emocionales, así como también las conductas abusivas y/o adictivas.

- **Trabajo en red:** Se plantea el desarrollo y/o generación de estrategias de rearticulación y fortalecimiento de vínculos entre los adolescentes con las instituciones sociales básicas (familia, escuela) y otras redes sociales, con seguimientos y coordinación específica de tales procesos (red primaria).

Se requiere de un soporte de red y articulación local que permita ofrecer las alternativas de educación, vivienda, alimentación, entre otros, necesarias para la integración social del adolescente con mayor vulneración de derechos y ausencia de oportunidades, que afectarían distintas áreas de su desarrollo.

La presencia de una red asistencial que permitirá a los distintos equipos apoyarse y complementarse en la intervención, conformada por los distintos equipos clínicos, consultorios e instituciones de atención primaria y secundaria, servicios de urgencias, centros de especialidad, equipos especializados, etc. Esto permitirá que se responda integralmente y en conjunto a las necesidades de los adolescentes.

- **Acompañamiento terapéutico:** Un principio básico para asegurar adherencia, compromiso personal y motivación se ve facilitado por el establecimiento de vínculos empáticos entre el referente técnico y el adolescente y su familia o adulto significativo prosocial. El referente técnico debe coordinarse con el delegado y/o equipo psicosocial de, modo que las acciones sean sinérgicas y no contradictorias.

Se debe proteger además este vínculo; si es necesario, derivar al usuario de un equipo a otro realizando un proceso de derivación asistida eficaz

- **Continuidad terapéutica:** los tratamientos en adolescentes en situaciones consumo asociado a infracción de ley deben comprenderse como acciones de largo plazo, por lo que deben durar lo necesario y suficiente como para producir un cambio conductual estable en el sujeto, prolongándose incluso durante su proceso de reinserción a la comunidad. Asegurar la continuidad terapéutica implica una evaluación y supervisión permanentes del equipo responsable.

### **2.3. Variables involucradas en el tratamiento integral del adolescente**

La experiencia de los equipos da cuenta de que existen algunas variables importantes que deben incorporarse en la definición de las estrategias de intervención, ellas son:

## CONTEXTO SOCIOCULTURAL

El contexto de los adolescentes enmarca la forma de intervenir, ya que las determinaciones y las formas de vivir en cada cultura van a condicionar las expresiones de ser adolescente; dentro de ello, es necesario atender a los significados de la infracción de ley. Por lo tanto, la variable sociocultural nos permite adecuar y hacer pertinentes las intervenciones que se diseñarán e implementarán en este grupo de adolescentes:

- Permite comprender las diversas identidades y cosmovisiones socioculturales (género, condiciones socioeconómicas, pertenencia territorial y/o comunitaria del adolescente y de la familia).
- Permite generar una mayor comprensión y sentidos del estar “condenado” en los diferentes contextos.
- Permite establecer los sentidos y significados del consumir drogas y de ser infractor de ley para el adolescente y su familia.
- Al igual que los significados y sentidos del tratamiento en drogas para el adolescente y su familia (obligatoriedad del mismo, experiencias anteriores de tratamiento, vinculación con la institucionalidad).

Al integrar esta variable, principalmente en el contexto de grupos conversacionales y grupos de discusión, se permite que el proceso grupal genere la necesidad del conocimiento de los otros y de sí mismo.

## CICLO VITAL<sup>32</sup>

Se debe considerar que la adolescencia es un proceso continuo de cambios que observa las siguientes etapas: temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años). Cada una de estas etapas establece una diferencia en el desarrollo de la persona y el sentido que motiva el consumo, por lo tanto, el tratamiento debe tener en cuenta estas condiciones específicas.

En esta etapa evolutiva se deben tener presentes ciertas necesidades y tareas propias de los jóvenes, las que se resumen en el siguiente cuadro:

<sup>32</sup> “Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva”. CONACE, 2005.

Características de la adolescencia que lo hacen vulnerable*	Edad cronológica versus tareas evolutivas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de reafirmación.</li> <li>- Necesidad de transgresión.</li> <li>- Necesidad de conformación intragrupal.</li> <li>- Susceptibilidad frente a las presiones del entorno.</li> <li>- Sensación de invulnerabilidad.</li> <li>- Rechazo a la vida del adulto, tendencia al hedonismo y bajo nivel de tolerancia a la frustración.</li> <li>- Perspectiva negativa de futuro.</li> <li>- Presentismo.</li> <li>- Transformación química de los estados de ánimo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La aceptación de su estructura física y del papel masculino o femenino que le corresponde socialmente.</li> <li>- Una independencia emocional de los adultos y establecer relaciones con sujetos de su edad y de ambos sexos, como preparación a la relación de pareja estable.</li> <li>- Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales que le permiten la selección de una ocupación y el adiestramiento o capacitación para desempeñarla, lo que va ligado con la adquisición de mayor seguridad e independencia económica.</li> <li>- La obtención de una conducta cívicamente responsable y la elaboración de una escala de valores acorde con el mundo actual y que sea transmisible a su descendencia.</li> </ul>

\*Arbex, Carmen; 2002.

El considerar la etapa evolutiva en que se encuentra el adolescente permitirá desarrollar intervenciones pertinentes y efectivas, puesto que entra en una nueva relación consigo mismo, con el mundo y con su sociedad. Por esto, es necesario destacar ciertas **áreas de transformación personal**, que dan cuenta de esta nueva relación, y que influyen al diseñar y poner en práctica una intervención. Estas áreas serían las siguientes<sup>33</sup> :

- **Intelectual:** nuevos recursos para el replanteamiento de las relaciones con el mundo.
- **Sexual:** empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma.
- **Social:** posibilidad de poner ideas y valores en práctica.
- **Elaboración de la identidad:** brújula interna en la exploración de oportunidades, capacidades personales y sociales.

## SEXUALIDAD

La sexualidad es el motor de este momento de la vida (y en esto coinciden los diversos enfoques teóricos en psicología), ya que es el instante en el que se confirma o cuestiona la identidad sexual, junto a lo cual el desarrollo hormonal juega un papel fundamental.

<sup>33</sup> Krauskopf, Dina; 2000.

Por esta razón, es fundamental orientar el proceso terapéutico incluyendo la sexualidad del adolescente. Esto supone por una parte, tener claridad respecto al enfoque que tengan los equipos del tema; qué es lo que se piensa va a implicar también de las intervenciones que se realicen. Por otro lado, implica planificar el proceso terapéutico de acuerdo a dicho enfoque, implementando mecanismos preventivos de contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de salud sexual y reproductiva.

Si se considera que los adolescentes tienen derecho a ejercer su sexualidad, sumándose a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, se hace necesario idear la manera de hacerlo respetar en los diversos contextos, por ejemplo cuando los adolescentes se encuentran viviendo una situación de privación de libertad; más aún, cuando se conocen muy claramente los efectos negativos y adversos en la salud mental bajo estas condiciones.

Tanto si el joven se encuentra en algún centro y está privado de libertad o si cumple con una sanción en el medio libre, es necesario tener presente que ellos se encuentran viviendo -con alta intensidad- su sexualidad. Esto, no necesariamente implica que todos se encuentren manteniendo activamente relaciones sexuales, ya que hay jóvenes que están muy inhibidos en cuanto a esta vivencia.

Las nociones sobre sexualidad y género van a orientarnos en el quehacer y en la toma de decisiones en el proceso de tratamiento de modo transversal.

Finalmente, es necesario subrayar que en el caso de los adolescentes que se encuentren privados de libertad durante gran parte de su vida juvenil, es fundamental promover el desarrollo de la sexualidad en pos de una forma de complementar el proceso de reinserción social y de responsabilización.

#### ENFOQUE DE GÉNERO

Género es una construcción social, cultural e histórica que se conforma por el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades construyen a partir de la diferencia sexual anatomofisiológica.

El género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas<sup>34</sup>:

- a) *La asignación o atribución de género.* Se realiza en el momento en que se sabe el sexo del feto, ya antes de nacer.
- b) *La identidad de género.* Se inicia por parte de los padres desde antes del nacimiento. Desde dicha identidad atribuida culturalmente y socialmente, el niño o niña estructura su experiencia vital.

<sup>34</sup> Lamas, Marta. 1996.

El vivir en una determinada sociedad y cultura es determinante; se transfiere en el proceso de socialización el sistema de género condicionando “el deber-ser”. Así surge la identidad de género, que es el modo de ser hombre o mujer determinado socialmente por la combinación del rol y status propios de cada sexo.

c) *El rol de género.* El papel (rol) de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.

La perspectiva de género ayuda a comprender muchas de las cuestiones que pensamos son atributos “naturales” de los hombres o de las mujeres, y que en realidad son características construidas socialmente y que no están determinadas por la biología.

Es en el proceso de socialización donde se construye la identidad de género, a través de la cual se aprende a ser hombre y a ser mujer, a asumir roles y actitudes que se consideran propias para cada uno y a interpretarse a sí mismo según dichos parámetros.

La necesidad de incorporar esta variable pretende dar cuenta de la representación y conceptualización de la organización social y cultural donde se inserta el adolescente infractor, ya que ser hombre o ser mujer tiene distintas expresiones según la comunidad de que se trate y según la edad de las personas.

Tradicionalmente la perspectiva de género no ha sido incorporada en los procesos de atención ni en el diagnóstico ni en el plan de intervención y monitoreo<sup>35</sup>, no especifican particularidades de género; se recomienda entonces a los equipos, que integren a todas las etapas del proceso de atención el enfoque desde esta perspectiva.

La evidencia muestra que las adolescentes infractoras de ley con problemas de abuso de alcohol y drogas presentan un grado mayor de deterioro y compromiso en su salud física y mental que los hombres<sup>36</sup>(nivel de evidencia 4). Específicamente en mujeres, se ha visto que manifiestan mayor prevalencia de trastornos internalizantes (ansiedad, depresión). Por otro lado, los hombres presentan mayoritariamente trastornos de tipo externalizante (trastornos conductuales: CIE 10,F90-F98<sup>37</sup>) (nivel de evidencia 5).

35 Larrain, Soledad. “Género y Adolescentes Infractores de Ley”, 2006.

36 Prescott L., Improving Policy and Practice for Girls with Co-Occurring Disorders in the Juvenile Justice System. Documento preparado para el GAINS Center, junio de 1998.

37 Roberston, A.; Dill, P.; Hussain, P. L.; Undesser, C. Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders Among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi; Child Psychiatry and Human Development 2004; 35 (1): 55-74.

## VULNERABILIDAD SOCIAL

Los adolescentes que se desarrollan en contextos de **vulnerabilidad social** donde se aprecia la relación entre los aspectos deficitarios y las potencialidades del sujeto -que puede ser amplificada o inhibida por los distintos factores de contexto- tienen su expresión en la **salud física y mental del mismo**.

Generalmente, la expresión clínica de las dificultades está cruzada por aspectos ligados al abandono y a los malos tratos, en donde aparecen adolescentes con las siguientes características: impresión de extrañeza familiar, cambios imprevisibles de conducta, saltos de humor permanentes, intensidad de reacciones afectivas -tanto positivas como negativas-, reivindicaciones brutales y alta agresividad. A la luz de estos hallazgos se puede señalar la carencia afectiva, pues estas conductas son las más susceptibles de hacer suponer una patología carencial antigua en un adolescente<sup>38</sup>.

## PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS

El marco legal de la reforma sectorial en la Ley de Autoridad Sanitaria orienta la incorporación de la interculturalidad en salud, en cuanto a formular políticas que permitan integrar el enfoque intercultural a los programas de salud en aquellas comunas de alta concentración indígena. En este contexto se define la Política de Salud y Pueblos Indígenas<sup>39</sup>, por lo que esta variable debe ser considerada en todas las etapas de atención hacia adolescentes de pueblos originarios, infractores de ley, con equipos sensibles a las necesidades de salud de esta población. No sólo con relación a las diferencias propias de la diversidad cultural, que deben ser respetadas y consideradas en todo momento, sino también en el buen trato<sup>40</sup>, excluyendo toda forma de discriminación negativa que atente en contra de sus derechos humanos fundamentales.

En el ámbito técnico, esta variable influye en los significados del consumo, en las fuentes de legitimación y forma del consumo; de allí que sea necesario adecuar las intervenciones a esas particularidades. Por otro lado, las cosmovisiones con relación a la salud y a la enfermedad son principios orientadores de su modo de actuar, por tanto es importante considerarlas en la intervención.

## FAMILIA Y PROCESO TERAPÉUTICO

Si bien en la adolescencia ya se ha iniciado un proceso de separación de la familia, de todos modos para los adolescentes involucrados en una situación que interpela a la ley, es fundamental el apoyo de la familia u otros protectores para propiciar un proceso de cambio. En este sentido, la intervención dirigida

38 Chartier, 1999.

39 Política de Salud y Pueblos Indígenas Resolución Ex. N° 91 Ministerio de Salud Santiago -Chile.

40 Política de Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas. Chile, abril de 2004.

a los adolescentes debe integrar el área familiar desde la elaboración de los objetivos terapéuticos en las intervenciones y en todas las decisiones que se tomen respecto a la intervención con el mismo.

Ahora bien, específicamente en lo que atañe a los jóvenes infractores, los lazos familiares se encuentran afectados o dañados; sin embargo, en muchas ocasiones han generado vínculos significativos fuera de la familia, los cuales pueden ser protectores o no.

Un vínculo protector es aquél capaz de empatizar emocionalmente con el adolescente, pero al mismo tiempo es capaz de ejercer control y de marcar los límites sociales con estabilidad en el tiempo.

A la hora de pensar en la familia que queremos incorporar al proceso de intervención, hablamos de aquel vínculo más cercano a lo protector que se pueda encontrar y que esté dispuesto a adherir al tratamiento.

#### ***2.4. Aspectos transversales en la intervención terapéutica en adolescentes infractores de ley***

##### **ESTRATEGIA MOTIVACIONAL**

Se entiende que “la motivación es un proceso fluctuante que requiere ser trabajado con estrategias adecuadas, principalmente considerando la importancia del grupo de pares en su funcionamiento sociorrelacional, y por las características cognitivas y afectivas propias de esta etapa”<sup>41</sup>. Además, es importante que las intervenciones consideren la especificidad de género y los aspectos socioculturales relevantes y pertinentes al perfil de los adolescentes y su familia.

Es importante recordar también, que la motivación debe trabajarse en un sentido amplio, realizando las intervenciones en el contexto del adolescente y su familia (casa, caleta, esquina, sedes sociales, colegios, centro privativo de libertad, otros), y deben estar relacionados con los intereses y necesidades propias de ellos, en el contexto de la construcción de su identidad y proyecto de vida.

A partir de la experiencia práctica, se pueden identificar algunas estrategias de motivación posibles de ser abordadas en conjunto con el equipo psicosocial (SENAME) y las redes comunitarias, o con los programas socioeducativos en centros privativos de libertad con el fin de generar adherencia al programa de atención.

Entre ellas:

---

41 Mc. Whirter et al, 2002.



- talleres de desarrollo personal,
- grupos conversacionales,
- actividades artísticas,
- actividades ocupacionales,
- actividades lúdicas,
- visitas domiciliarias o a la comunidad, etc.

La efectividad de la entrevista motivacional en población general adolescente tiene un grado de evidencia alto (**nivel I, grado de recomendación A**)<sup>42</sup>, siendo ésta una forma de intervención psicosocial breve, destinada a ayudar a la motivación del adolescente a modificar sus hábitos. Dadas las características de la población adolescente infractora de ley en Chile, según juicio de expertos, las entrevistas motivacionales deben ser adaptadas, considerando incluir más metodologías lúdicas.

#### ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES

- Se recomienda establecer por parte de todos los interventores un liderazgo competente, comprometido y con prácticas de refuerzo positivo, evitando el autoritarismo y las relaciones horizontales.
- Conocer las prioridades y proyectos del adolescente, para juntos clarificar que estos objetivos propuestos no estén vinculados con su situación actual, por ejemplo pololeos, estudios, etc.
- Se sugiere elaborar metas en conjunto y cuantificarlas.
- Evaluar la percepción del cambio a través de su propia creencia de cómo se puede cambiar, o que él mismo evalué la percepción que tiene sobre el cambio de algunos de sus pares. -
- En el caso de que el adolescente no desee comprometerse con el proceso de cambio, se sugiere la entrevista motivacional propuesta por Miller y Rollnick<sup>43, 44</sup>, la que plantea cinco estrategias fundamentales:
  1. Expresar empatía: el terapeuta debe escuchar, más que decir; expresa empatía ante la ambivalencia de su conducta de riesgo (consumo, infracción).
  2. Poner de manifiesto las contradicciones: se refiere a la percepción que tiene el adolescente de su realidad actual y de dónde quisiera estar,

<sup>42</sup> Ver Tabla de Evidencia.

<sup>43</sup> Motivational Enhancement Therapy Manual (Miller y cols,1995). Marijuana Treatment Project Therapist Manual (Steinberg y cols , 1997). Ambos adaptados para su uso en adolescentes.

<sup>44</sup> Evidencia tipo 1 para el uso en adolescente. Dunn, Deroo. Rivadavia, 2001.

- devolviendo sus propias contradicciones de una manera empática; por ejemplo, el deterioro de la imagen corporal secundario al consumo.
4. Evitar la discusión: no se recomienda la confrontación; cuando esto sucede debe sospecharse que en algún momento el terapeuta utilizó la discusión, por lo que deben replantearse las estrategias a seguir.
  5. Allanar la resistencia: se refiere a la posibilidad de trabajar con las contradicciones hacia el cambio y no interpretarlas como fracaso del tratamiento. En contextos privativos la resistencia puede ser mayor, por lo que el terapeuta puede hacer preguntas abiertas que relacionen su situación contextual... ¿cómo crees tú que te podemos ayudar para no tener problemas con la justicia?
  6. Autoeficacia: el terapeuta debe ayudar y reforzar los logros alcanzados, aunque éstos sean mínimos.

Lo anterior está orientado a:

- Mostrar al adolescente y a su familia y/o adultos significativos prosociales, ciertas conductas asociadas al riesgo, incluyendo el consumo de drogas.
- Promover el fortalecimiento de factores protectores.
- Abordar temáticas coconstruidas con los adolescentes, tales como: relación con pares, parejas, sexualidad, sentido y relaciones que establece con las conductas de riesgo, etc.

#### ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO PROCESO MOTIVADOR

Cabe hacer notar que hay diversas visiones de la relación terapéutica. Para estas orientaciones se utilizará el término “alianza terapéutica”, cuyo propósito es:

- Fortalecimiento de la relación entre el terapeuta y el adolescente.
- Elemento facilitador de adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, se debe destacar la importancia de la relación terapéutica en el logro de los cambios que pueda experimentar el adolescente, facilitando principalmente la acogida, el apoyo emocional y la empatía. Es fundamental, además, que este cambio se dé en un contexto caracterizado por un ambiente relacional facilitador.

Como aporte a la comprensión de este proceso se señalan, en resumen, los siguientes componentes de la relación terapéutica que identifica Jorge Barudy<sup>45</sup>:

---

<sup>45</sup> Barudy, Jorge. 2003.

**Estructura:** se refiere al encuadre terapéutico que permite al adolescente sentirse aceptado, acogido, tranquilo, seguro y confiado, el cual se sustenta en dos características: su flexibilidad y contar con un contrato terapéutico.

**Sensibilidad:** reconocimiento del terapeuta de las necesidades afectivas del adolescente, y la identificación y aceptación de las emociones.

**Empatía:** el terapeuta debe mantenerse proactivo, cálido y cuidador.

**Afecto positivo:** el terapeuta debe mantenerse en una actitud positiva, con el objeto de modelar afectos positivos en un espacio-tiempo apropiadamente limitado.

**Apoyo:** el terapeuta brinda acompañamiento terapéutico ajustado a las necesidades y capacidades del adolescente particular.

**Reciprocidad:** el terapeuta guía al adolescente hacia una relación recíproca basada en el respeto y sensibilidad mutuos.

**Amor:** habilidad de sentir un cuidado especial y genuino, y un compromiso con otro ser humano.

Desde esta perspectiva, la **alianza terapéutica** cumpliría las siguientes funciones: entrega un soporte, tranquiliza, reorganiza, conecta recursos tanto internos como externos, cambia el locus de control, permite abordar los patrones de conducta del otro, propicia el surgimiento de la confianza y de la bondad básicas.

Es importante considerar que el perfil de las familias de los adolescentes infractores de ley presenta dinámicas relacionales dañadas y vinculaciones anteriores con instituciones, marcadas por la desesperanza, desconfianza y sensación de fracaso, por lo que es central y vital generar las condiciones básicas, para luego comenzar la intervención en drogas, es decir, priorizar el vínculo y establecimiento de confianza. Por lo tanto, se aconseja plantear los recursos terapéuticos de aquéllos que van a acompañar a los adolescentes en este proceso. Según Barudy, estos recursos serían los siguientes:

- Capacidad de vincularse,
- inteligencia emocional (empatía),
- capacidad de reflexionar y pensamiento crítico,
- reciprocidad conductual,
- ternura agresiva,
- compromiso ético-político.

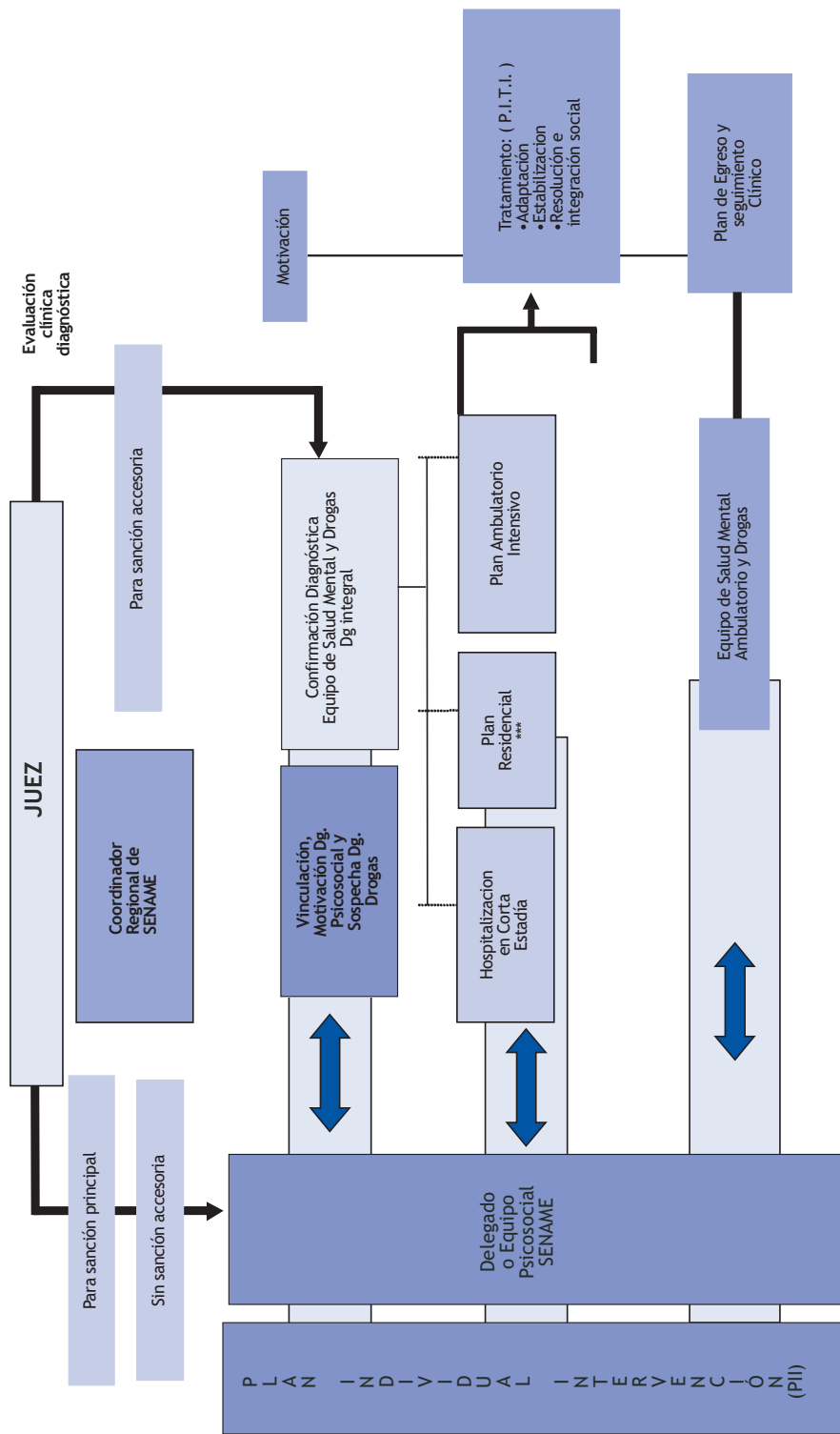
Es importante promover la **vinculación del equipo con el adolescentes y su familia**, y así favorecer su involucramiento lo más tempranamente posible en el proceso de tratamiento, pues la experiencia nos dice que mientras antes adhiere la familia a éste, su éxito aumenta.

Cuando no exista familia, el proceso deberá apuntar a rescatar, potenciar y fortalecer el vínculo con una figura adulta significativa prosocial que apoye en el proceso de problematización y posterior rehabilitación del consumo.

Esta alianza terapéutica debe trabajarse durante todas las fases de intervención con el adolescente y su grupo familiar, principalmente porque han desarrollado vínculos altamente inestables. Nos encontramos con estilos de apego en la línea de lo ansioso ambivalente y en especial, con estilos de apego desorganizados; que determinan que la alianza se esté poniendo a prueba reiteradamente a través de conductas altamente disruptivas y agresivas, como formas del proceso adaptativo de una vinculación en un adolescente expuesto a abandonos, rechazos, maltratos, abusos, entre otros.

Es necesario que los terapeutas estén conscientes de que dichos estilos de apego y las conductas disruptivas pueden movilizar en ellos respuestas emocionales negativas hacia estos adolescentes, que pueden interferir con la construcción de la alianza terapéutica. Estas respuestas emocionales de los terapeutas pueden ser trabajadas constructivamente sobre la base de su identificación, ventilación y clarificación en las reuniones del equipo terapéutico, en reuniones con asesores externos y en las instancias de autocuidado del equipo.

### 3. Esquema general del programa de tratamiento de adolescentes infractores de ley con consumo problemático y dependencia a alcohol y drogas





# Capítulo II

## Lineamientos técnicos para la atención integral

*“Un diagnóstico objetivo correcto es fundamental para planificar la atención de cada adolescente en particular y definir el tratamiento más adecuado para él o para ella”*

Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 Salud Mental.  
Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas OMS

### Introducción

En la implementación de programas de tratamiento en población adolescente con consumo problemático, CONACE-SENAME-MINSAL, se han desarrollado diversas experiencias que resultan importantes para orientar a los diversos equipos que conforman la oferta de atención.

Dado el bajo nivel de evidencia científica actual respecto de cómo intervenir en este contexto, se ha recurrido a la opinión de expertos, a la experiencia de algunos equipos que han trabajado con este perfil de jóvenes, a la adaptación de algunas técnicas utilizadas con adolescentes en general y a la consulta de distintos textos que han intentado guiar el actuar de equipos similares en otras partes del mundo.

Estos lineamientos se han construido con la idea de ir sistematizando progresivamente las mejores prácticas, incorporando nuevas experiencias, estudios y otras variables que se identifiquen en el proceso de implementación de estos tratamientos.

Uno de los principios que se ha mostrado imprescindible en la atención de esta población es la articulación y coordinación intersectorial. La sincronización entre el actuar del equipo de tratamiento en drogas, el equipo psicosocial de la sanción

principal y el delegado es central, ya que se debe evitar la sobreintervención; por el contrario, se debe potenciar la complementariedad de las actividades.

Por otro lado, las acciones terapéuticas realizadas con adolescentes sancionados tienen como marco las restricciones y prescripciones que la ley y el tribunal establecen, haciéndose necesaria la comunicación frecuente entre estos dos “mundos” -judicial y sanitario-terapéutico-, coordinación a la que podríamos llamar “intertemática”.

Los procesos de supervisión y asesoría diseñados irán retroalimentando a los equipos sobre estos aspectos y, a la vez, servirán para complementar los presentes lineamientos técnicos.

Las recomendaciones siguientes están en coherencia con el modelo de tratamiento para adolescentes, adaptado específicamente para la población adolescente infractora de ley, recogiendo las exigencias de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Se señalan los flujos de atención para las distintas poblaciones y se hacen las diferencias correspondientes a cada una de las modalidades de tratamiento, al mismo tiempo que se explican las especificidades para el medio libre y el medio privativo de libertad.

### 1. Flujogramas de los procesos de atención en adolescentes infractores de ley

Es a partir de la decisión del juez, cuando dictamina sanción accesoria (evaluación clínica), que el proceso de atención del consumo perjudicial y/o dependencia del adolescente infractor de ley comienza.

En adolescentes sin sanción accesoria, sin embargo, la pesquisa que realice el equipo psicosocial o socioeducativo de SENAME y la voluntad del adolescente son factores relevantes para que se dé inicio al tratamiento.

#### ADOLESCENTES EN MEDIO LIBRE

1. Si la sanción principal **se da en el medio libre**, el adolescente quedará bajo la responsabilidad del equipo psicosocial de SENAME, que realizará el proceso de acogida y vinculación necesarios para trabajar estrategias motivacionales en drogas, un diagnóstico psicosocial y, eventualmente, un diagnóstico de sospecha de consumo perjudicial de drogas; si éste resulta positivo se podrá realizar una derivación asistida con un equipo de salud mental y drogas ambulatorio, que permita confirmar tal sospecha y realizar un diagnóstico integral, tratamiento y seguimiento del cuadro clínico.
2. Si el dictamen es de sanción accesoria, el adolescente será enviado por el Coordinador Judicial, en coordinación con el Encargado de Infractores, directamente con un equipo clínico de salud mental y drogas ambulatorio, con el fin de realizar un diagnóstico integral. Una vez que éste es confirmado



se procederá a coconstruir con el sujeto y su familia, un plan individual de tratamiento integral, que será la carta de navegación de la fase de tratamiento.

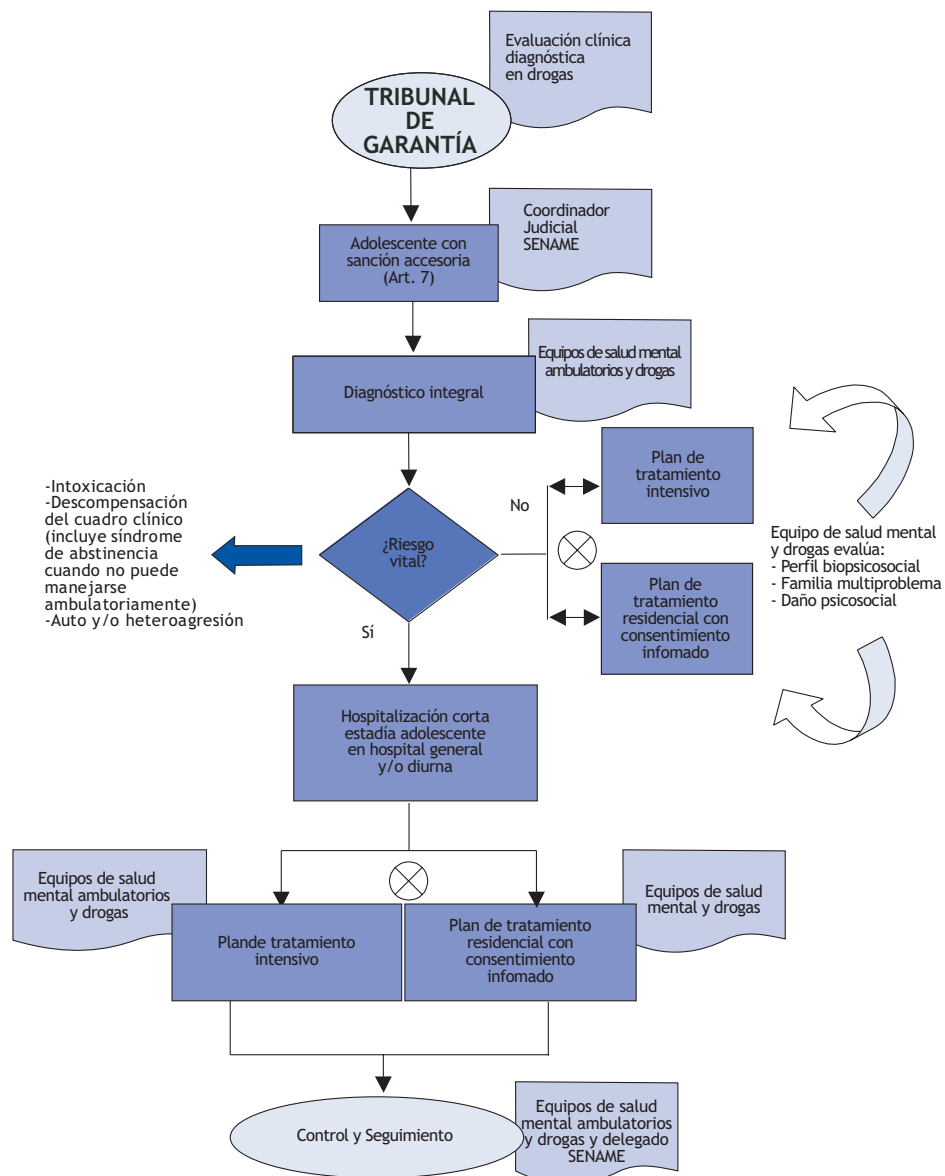
3. El plan individual de tratamiento integral (P.I.T.I.) contiene los objetivos, los tiempos y las metas que pueden ser redefinidos por el equipo clínico durante el proceso terapéutico, de acuerdo a la evolución y a la realidad del adolescente y su familia. Todo el proceso de intervención clínica debe ser altamente complementario con el plan integral de tratamiento (PIT) que será diseñado por el equipo psicosocial de SENAME. Esta complementariedad es esencial, principalmente en las etapas de tratamiento y de seguimiento del programa terapéutico.
4. Para adolescentes en **medio libre, ya sea con o sin sanción accesoria**, existirán tres posibilidades de planes de intervención: Ambulatorio intensivo, Residencial y Hospitalización de corta estadía.

#### ADOLESCENTES EN MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD

1. Si la sanción principal se da en el **medio privativo de libertad sin medida accesoria**, el adolescente quedará a cargo del equipo psicosocial de SENAME, que realizará el proceso de acogida y vinculación necesarios para trabajar estrategias motivacionales en drogas, realizará un diagnóstico psicosocial y, eventualmente, un diagnóstico de sospecha de consumo problemático. Si esta sospecha resulta positiva, se podrá realizar una derivación asistida al equipo de salud mental y drogas ubicado en el centro privativo de libertad, que permita confirmar dicha sospecha y realizar un diagnóstico integral y tratamiento.
2. Si el dictamen es **de sanción accesoria**, el adolescente será enviado directamente al equipo clínico de salud mental y drogas que atiende en el centro privativo de libertad respectivo, con el fin de realizar un diagnóstico integral, tratamiento y seguimiento del cuadro clínico. La complementariedad de las intervenciones entre los equipos que realizan la atención es también fundamental en el espacio de privación de libertad.
3. Para adolescentes en **medio privativo de libertad con y sin sanción accesoria**, existirán dos posibilidades de planes de intervención: Intensivo y Hospitalización de corta estadía, los que a su vez, son complementarios entre sí.

Lo anterior se esquematiza en los siguientes flujogramas:

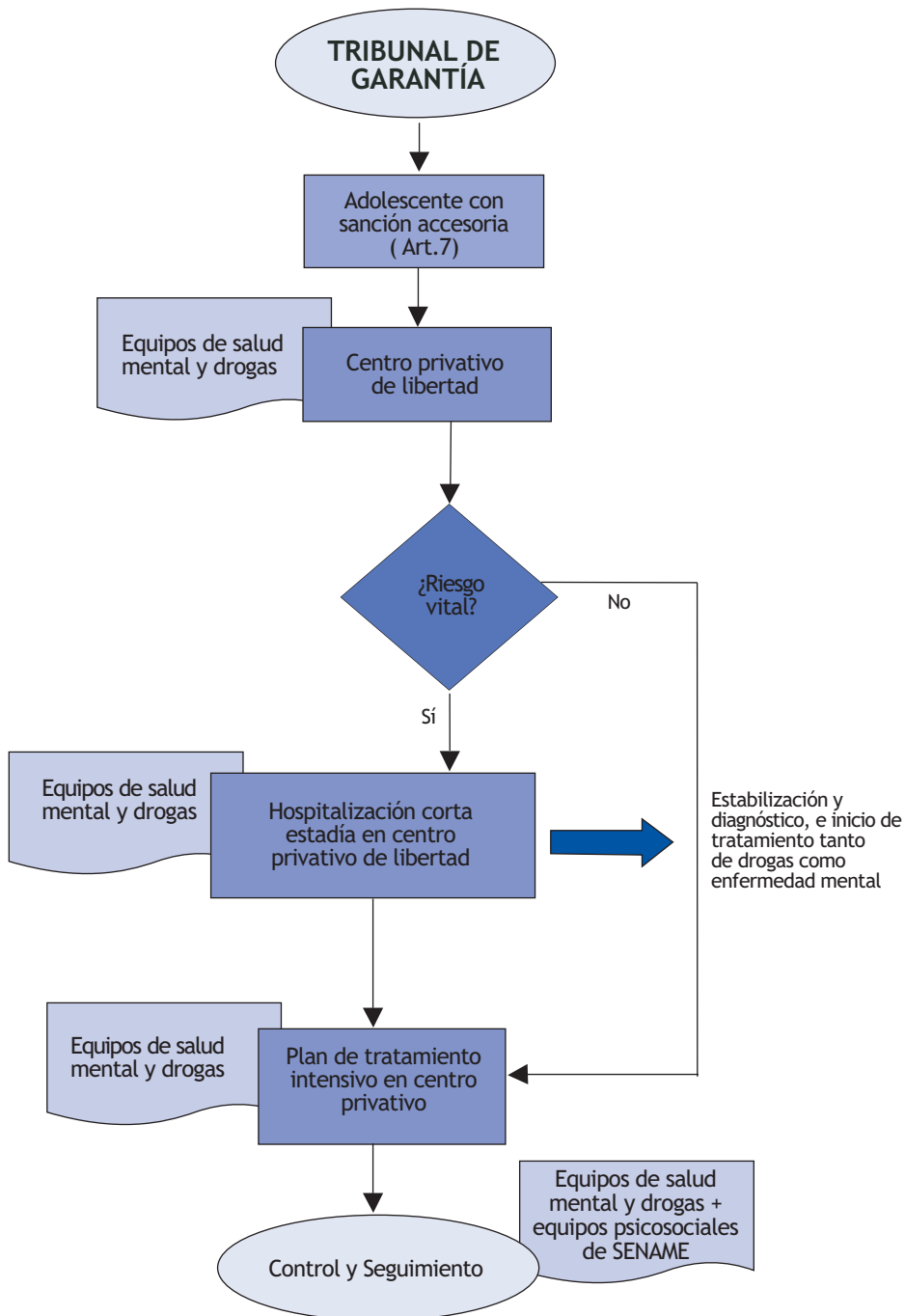
**ATENCIÓN ADOLESCENTES CONDENADOS CON SANCIÓN ACCESORIA EN MEDIO LIBRE O SISTEMA SEMICERRADO, CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS, Y OTROS TRASTORNOS MENTALES(\*)**



(\*) La Red de Atención considerará trabajo con familia o adulto prosocial en todos los casos en que esté presente.

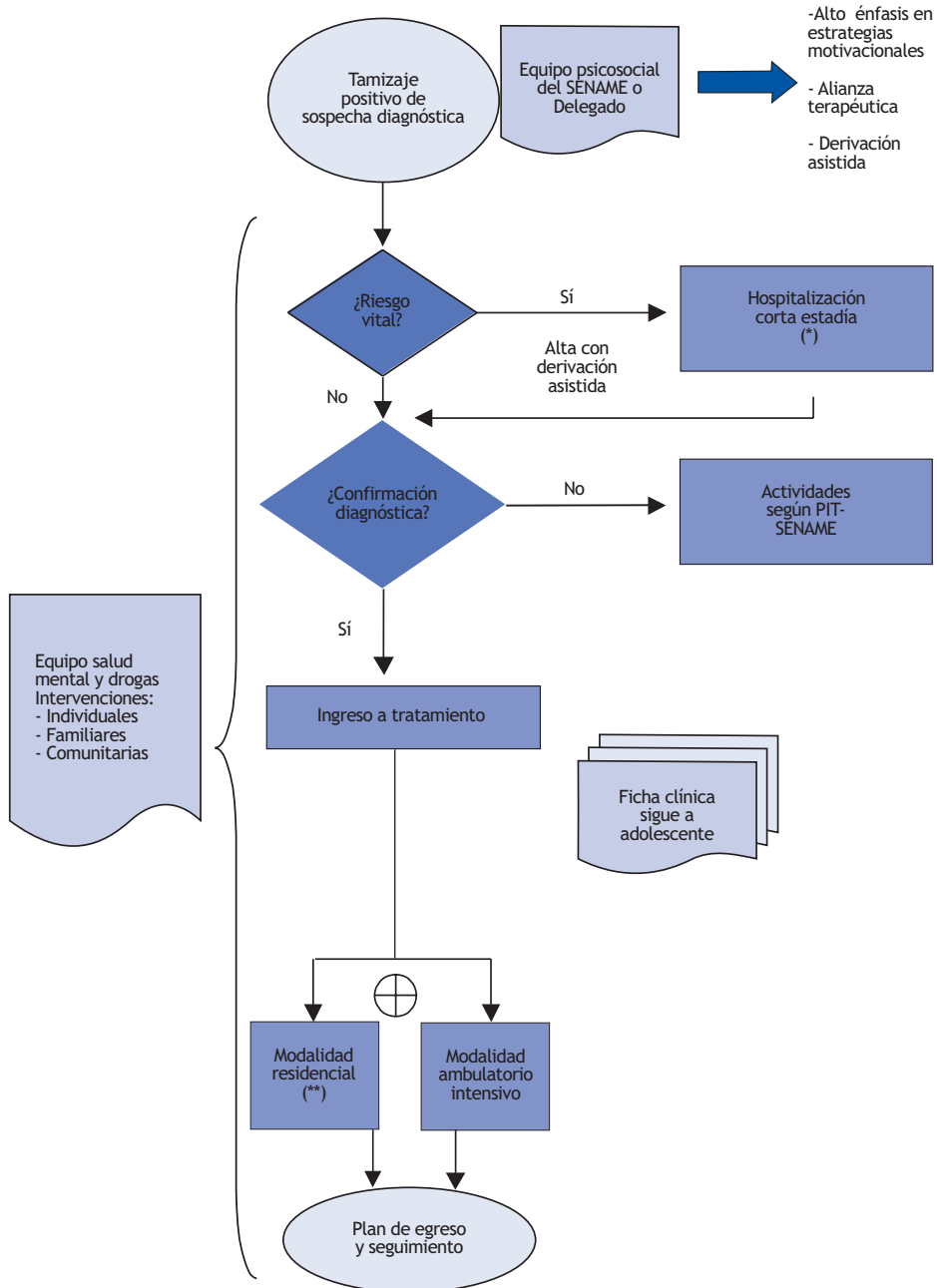
(\*\*) Gestor de Red del Servicio de Salud define sus centros de referencia especializados para la atención.

ATENCIÓN ADOLESCENTES CONDENADOS CON SANCIÓN ACCESORIA EN MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD,  
CON CONSUMO PROBLEMÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MENTALES(\*)



(\*) Se considerará trabajo con familia o adulto prosocial en todos los casos en que esté presente.

**ATENCIÓN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS,  
Y OTROS TRASTORNOS MENTALES Y SIN SANCIÓN ACCESORIA**



(\*) Adolescentes en medio libre y en semicerrado corta estadía en hospital general y para adolescentes en medio privativo de libertad, accederán a hospitalización al interior de algunos centros de cumplimiento de la sanción.

(\*\*) Modalidad disponible sólo para adolescentes en medio libre y semicerrado.

## 2. Sospecha de consumo problemático en adolescentes infractores de ley

### DEFINICIÓN

Se entiende por sospecha diagnóstica el proceso de pesquisa de síntomas y signos que hacen presumir que el adolescente se encuentra en un nivel de consumo de sustancias psicoactivas determinado, el que se evalúa con un instrumento estandarizado.

La sospecha diagnóstica se enmarca en el contexto del diagnóstico psicosocial que realiza el equipo SENAME para la elaboración del plan de intervención individual (PII).

Este modelo de intervención utiliza un enfoque centrado en las necesidades y/o requerimientos del adolescente, por lo que la sospecha debe considerarse como un momento de oportunidad para intervenciones preventivas o anticipatorias a daños mayores.

### 2.1 Procedimiento de sospecha diagnóstica y tamizaje

El equipo psicosocial de SENAME realiza un tamizaje a los adolescentes, en los cuales identifica sintomatología de consumo problemático de alcohol y drogas. Este proceso lo realiza a través de entrevistas, observación y con el instrumento estandarizado que se presenta a continuación.

#### INSTRUMENTO DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA DEL CONSUMO DE DROGAS

Signos cardinales	SÍ	NO	Presencia de sospecha
Consumo sostenido en los últimos 6 meses.			Sí, con cualquier droga.
Frecuencia de consumo diario.			Sí, con cualquier droga.
Frecuencia de consumo semanal.			Sí, con cualquier droga.
Frecuencia de consumo mensual.			No, a excepción de que consuma pasta base, cocaína, solventes.
Antecedentes de intoxicación aguda.			Sí, a excepción de alcohol.
Sospecha de síntomas de abstinencia.			Sí, con cualquier droga.

#### DETERIORO EVIDENTE ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS

Signos cardinales	SÍ	NO	Presencia de sospecha
Lesiones de piel y/o mucosas, fanéreos.			Al menos dos respuestas positivas sumadas con presencia de consumo, nos señalan la posibilidad de consumo problemático de drogas.
Deterioro del estado nutricional.			
Deterioro evidente de la salud dental.			
Antecedentes de intento de suicidio con consumo.			

### SIGNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Signos cardinales	SÍ	NO	Presencia de sospecha
Deserción del sistema escolar.			Al menos dos respuestas positivas sumadas con presencia de consumo, nos señalan la posibilidad de consumo problemático de drogas.
Antecedentes de consumo de drogas y alcohol de algún miembro de la familia.			
Notable abandono de hábitos higiénicos y estéticos.			

#### Resultados

- Hay sospecha de consumo problemático de drogas. Iniciar contacto con equipo de drogas correspondiente.
- No hay sospecha de consumo problemático de drogas. Realizar intervenciones preventivas si corresponden.

Nota: Instrumento adaptado por equipo asesor de CONACE.

Cuando el profesional del equipo psicosocial de SENAME identifica variables de riesgo con relación al consumo problemático de drogas con un **tamizaje de resultado negativo**, continuará con el adolescente en acciones de carácter preventivo en su plan integral de tratamiento.

En caso de **tamizaje positivo** el equipo psicosocial de SENAME coordina las actividades para la realización de la confirmación diagnóstica por parte del equipo de salud mental y drogas.

Por otro lado, el equipo de drogas deberá realizar un proceso de acercamiento con los diversos equipos psicosociales con los que estará en relación, para ayudar y transferir herramientas útiles para la sospecha diagnóstica.

Asimismo, es fundamental que el delegado o equipo psicosocial (SENAME) trabaje un **vínculo confiable y contenedor con el adolescente, para el desarrollo posterior de las intervenciones terapéuticas** que realizará el equipo clínico con el adolescente y su familia y/o adulto significativo prosocial.

#### 2.2. Derivación asistida

Ambos equipos deberán mantener coordinación permanente durante todo el proceso de tratamiento, la que se indicará en los registros respectivos.

Una herramienta útil de coordinación para la referencia y continuidad terapéutica del proceso de atención del consumo problemático del adolescente es la **Derivación asistida**.

Ésta se define como un proceso administrativo y técnico que realizan en conjunto los equipos psicosociales y clínicos, con el propósito de establecer la coordinación necesaria que facilite la utilización de la confianza establecida entre el equipo de SENAME y el adolescente para iniciar el vínculo con el equipo de salud mental y drogas.

En este componente el equipo de drogas se coordina con el equipo psicosocial o delegado y recibe su informe, para iniciar la incorporación del adolescente al tratamiento.

Este proceso requiere una interacción dinámica y complementaria de ambos equipos que debe mantenerse durante todo el tratamiento para motivar la participación activa, asistencia y adherencia del adolescente, esto a través de reuniones clínicas conjuntas, visitas del delegado o miembro del equipo psicosocial al centro de tratamiento, participación del equipo de salud mental y drogas en actividades socioeducativas del equipo que administra la sanción principal, entre otras.

Las actividades de coordinación deben tener una planificación que permita a ambos equipos incorporarla en su práctica como una actividad cotidiana insustituible. La frecuencia de uso de este recurso deberá ser definida por ambos equipos, al menos una vez cada quince días, con una duración de no menos de treinta minutos, dependiendo del número de adolescentes bajo su responsabilidad.

Finalmente, esta interacción proactiva entre ambos equipos contribuye a dar continuidad a las estrategias que el equipo de salud mental y drogas desarrolla, orientadas al establecimiento de vínculo y motivación con el adolescente y su familia, o adulto significativo prosocial.

### 3. Confirmación diagnóstica del consumo problemático

La confirmación diagnóstica se guiará por el concepto de **Consumo problemático** de drogas, que consiste en el que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para la salud, familia, grupo de pares, escuela, seguridad personal y funcionamiento social. Se manifiesta en dos patrones descritos en la clasificación del CIE 10:

- **Consumo perjudicial:** Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, que 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 ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en el período de un año.

- **Síndrome de dependencia:** Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquieren, 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 (persistentes durante al menos un mes o en forma repetida en un período de doce meses):

- 1) Deseo 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 esa misma (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- 4) Presencia 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.

#### DEFINICIÓN

La confirmación diagnóstica se comprende como un proceso de evaluación de variables clínicas y psicosociales que para el consumo problemático considera las siguientes:

- a. Evaluación del **compromiso biopsicosocial:** focalizado en las áreas de familia, salud física y mental (específicamente comorbilidad), socialización y modulación de conductas infractoras e integración social.
- b. Evaluación de la dimensión ligada al consumo; para esto es necesario basarse en la pauta “**Patrón de consumo**” y los criterios diagnósticos CIE 10.

Para evaluar estos contenidos, se sugiere realizar al menos tres entrevistas, una de las cuales deberá ser con un familiar o con el adulto significativo o con el equipo psicosocial de SENAME.



### **3.1. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor con sanción accesoria**

- Este procedimiento será realizado a través de una **Evaluación Clínica Diagnóstica** que será solicitada por el juez o fiscal cuando exista una sospecha de asociación entre el delito cometido y el consumo de drogas, y será realizada por profesionales especialmente dedicados a este procedimiento, quienes diagnosticarán o no el consumo problemático y sugerirán la modalidad de intervención según criterio clínico (intensivo, residencial, corta estadía).
- El juez definirá, sobre la base del informe de evaluación, si corresponde o no la sanción accesoria. Será el Coordinador Judicial Regional (en coordinación con el Encargado Regional de Infractores de CONACE) quien gestionará el ingreso del adolescente al programa de tratamiento según la modalidad definida.
- Clínicamente se recomienda que el plazo de ingreso al programa no sea superior a 72 horas desde la derivación del adolescente al Coordinador Judicial Regional.
- El equipo clínico que recibe al adolescente con sanción accesoria inicia la intervención con el proceso de diagnóstico integral.
- En caso de riesgo vital deberá ser hospitalizado en los servicios de corta estadía, en medio libre o privativo según corresponda.

### **3.2. Confirmación diagnóstica en adolescente infractor sin sanción accesoria**

- En adolescentes infractores de ley sin sanción accesoria el proceso de confirmación diagnóstica es realizado por el equipo de salud mental y drogas.
- Cuando el equipo psicosocial de SENAME o el delegado tenga un adolescente con tamizaje positivo, hará una derivación asistida al equipo clínico para su confirmación.

#### **PROFESIONALES QUE REALIZAN LA CONFIRMACIÓN**

Será realizada por el equipo de drogas y salud mental (ambulatorio intensivo) compuesto por psiquiatra infantojuvenil (psiquiatra adulto o pediatra o médico general capacitado), psicólogo, asistente social u otro profesional de salud mental, con las competencias adecuadas para llevar a cabo este procedimiento.

Si se sospecha de comorbilidad psiquiátrica y/o física, y el equipo no cuenta con el recurso profesional adecuado, deberá realizar una interconsulta al establecimiento de salud que corresponda.

## 4. Ingreso al programa de tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas

### 4.1. Criterios administrativos del ingreso al programa

Población de adolescentes que estén:

- Sancionados por la Ley 20.084 con sanción accesoria para tratamiento y rehabilitación por adicciones a drogas y alcohol.
- Sancionados por la Ley 20.084 sin sanción accesoria, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo de salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse al programa.
- Bajo una medida cautelar en medio libre o privativo de libertad, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse.
- Bajo una medida cautelar en medio libre, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse.
- Bajo una medida de suspensión condicional del procedimiento, que tengan confirmación diagnóstica por el equipo salud mental y drogas como consumidores problemáticos, y expresen su voluntad de incorporarse.

### 4.2. Consideraciones del ingreso al programa de tratamiento

#### 4.2.1. ADOLESCENTES INFRACTORES CON SANCIÓN ACCESORIA

- La vía de ingreso es directa al programa de tratamiento, ordenada por el juez y bajo la conducción del Coordinador Regional de SENAME con los antecedentes judiciales pertinentes.
- En los casos en que se realice una evaluación clínica en drogas, deberá entregarse copia del informe al equipo de salud mental y drogas.
- En estos casos el equipo tratante debe comenzar con la fase de diagnóstico integral que se describe más adelante.
- En el caso de que los adolescentes ingresen directamente por sanción accesoria, será responsabilidad del equipo clínico generar un vínculo confiable que permita trabajar la resignificación positiva de la medida judicial en pro de su rehabilitación y mejora de su condición vital de desarrollo. **Es imprescindible asignar un profesional como terapeuta principal que estará a cargo de la visión global y asegurar la integralidad de la ejecución del PITI en el adolescente.**

- El Coordinador Regional de SENAME y equipo socioeducativo o delegado, entregan al adolescente y referente familiar o adulto prosocial toda la información necesaria en relación con la sanción accesoria: lugar, condiciones del tratamiento, así como sus derechos sanitarios.
- El Coordinador Judicial de SENAME gestiona la primera entrevista (hora, lugar, profesional o profesionales encargados del ingreso del adolescente).
- Cuando el adolescente es derivado a un plan de tratamiento a cumplir su sanción accesoria, y el equipo clínico que lo recibe considere que no cumple los criterios clínicos para esta modalidad de intervención, deberá informar por escrito al juez y al equipo psicosocial, indicando esto al Coordinador Judicial Regional de SENAME para reubicar al joven.

#### 4.2.2. ADOLESCENTES INFRACTORES SIN SANCIÓN ACCESORIA

- El ingreso al tratamiento se realiza administrativamente por el equipo de salud mental y de drogas luego de la confirmación diagnóstica.
- El delegado o encargado de caso deberá coordinar la primera entrevista del adolescente con el equipo salud mental y de drogas (hora, lugar, profesional o profesionales encargados del ingreso del adolescente).
- Asimismo, este equipo clínico deberá nombrar un **terapeuta principal a cargo de la visión global del adolescente, el cual debe asegurar la integralidad de las acciones del PITI.**

#### REGISTRO DEL INGRESO

El ingreso se realizará con un instrumento de ingreso estandarizado<sup>46</sup>. Este documento es el primero de un conjunto que integra la **ficha clínica** del adolescente, la cual deberá estar disponible para cada profesional que interviene en la atención.

La ficha clínica es el instrumento de registro formal y relevante del proceso de atención, dado que:

- Reúne información relativa al diagnóstico integral.
- Describe el plan Individual de tratamiento integral (PITI) y el registro del quehacer terapéutico de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados.
- Contiene la evolución clínica y psicosocial del adolescente.
- La evaluación de los objetivos terapéuticos.
- Los resultados de los exámenes solicitados.

<sup>46</sup> Anexo 2. Ficha de Ingreso.

- Los resultados de test psicológicos.
- El plan de egreso y de seguimiento.

Lo anterior permitirá disponer de la información más actualizada sobre la evolución clínica del adolescente atendido. La ficha clínica es un documento confidencial y deberá resguardarse su ubicación en los centros de atención, ya sean ambulatorios o cerrados. Es recomendable que esta ficha acompañe al adolescente en cada una de las modalidades de tratamiento, por lo que deberá tenderse a que cada uno de ellos tenga **una sola**, independiente de los establecimientos que requiera para hacer su tratamiento.

#### **ENTREVISTA DE INGRESO**

Esta entrevista debe realizarse entregando toda la información posible respecto de la situación judicial y de salud de los adolescentes. Es recomendable que esta acción se realice con la participación de la madre, el padre o algún adulto responsable. Se aconseja estimular al adolescente y a su familia a realizar preguntas y dilucidar todas las dudas relacionadas, tanto con la sanción accesoria como con el tratamiento.

La información se refiere a:

- La función del equipo de drogas en el contexto de la sanción accesoria,
- la duración de la sanción,
- la infraestructura disponible para las actividades (sólo aquellas dependencias donde se realizarán entrevistas, terapia y grupos),
- los instrumentos que el equipo empleará para registrar, es decir, la ficha clínica y otros,
- la presentación de los integrantes del equipo de tratamiento.

Si bien algunos de los adolescentes están obligados/as a tratamiento, se aconseja realizar el encuadre terapéutico en contexto obligado, dado que los contenidos asociados al consumo de drogas y a la infracción de ley están ligados a conductas de alto riesgo para sí mismos y para los demás, por lo cual debe establecerse cuáles son los límites que esta relación plantea:

- La confidencialidad permite resguardar toda la información relativa a sus vidas privadas, que los adolescentes entreguen en las entrevistas con el equipo, sin embargo, toda información relacionada con la planificación de delitos no puede quedar en este encuadre.
- Asimismo, el equipo debe precisar que los “secretos” con la familia o con los equipos psicosociales -cuando éstos ponen en riesgo su integridad o la de

otros- no forman parte del contrato terapéutico y la confidencialidad a la que tiene derecho todo usuario de un programa de drogas.

- El encuadre no es un tema que se resuelva y aclare en una entrevista, sino que se da más bien durante el proceso de adaptación y desarrollo de la alianza terapéutica, sin embargo, es importante informar a los adolescentes sus aspectos fundamentales.

## 5. Diagnóstico

### 5.1. Diagnóstico integral

Proceso de evaluación clínica integral (biopsicosocial) que elabora el equipo de salud mental y drogas, de todos los aspectos del ciclo vital en que se encuentra el adolescente; identifica sus características estructurales, la dinámica de su familia, su contexto sociocultural de desarrollo y todas las variables asociadas a su patrón de consumo.

Considera tanto los déficits como las potencialidades, identificando factores protectores y de riesgo para el adolescente. La perspectiva de género debe utilizarse en toda la evaluación, dado que según la evidencia disponible, se encuentran diferencias significativas en los perfiles de morbilidad en la salud mental del adolescente hombre y de la adolescente mujer.

El diagnóstico integral forma parte del tratamiento, en cuanto permite profundizar el conocimiento biográfico de cada adolescente, lo que es coherente con el modelo conceptual al que adscribe este programa.

Durante la elaboración del diagnóstico se debe incorporar la motivación, el desarrollo del vínculo, rescatando las competencias del adolescente y su familia.

Es importante relevar que el diagnóstico es una instancia de evaluación en la que, al tiempo que se evalúa, también se está interviniendo, transformándose en un proceso dinámico, circular que no sigue una lógica lineal y, por lo tanto, debe volverse sobre sus conclusiones durante todo el proceso terapéutico.

Es relevante evaluar biográficamente la evolución y el sentido de la infracción de ley, incluyendo aspectos clínicos y socioculturales (vulnerabilidad social, conducta delictiva), así como la asociación con el consumo de drogas, reconociendo factores protectores y de riesgo. Todo esto en coordinación con el equipo socioeducativo que lleve la sanción principal.

Es necesario entrevistar a los padres, madres y otros miembros de la familia, amigos o compañeros, delegado o equipo psicosocial, educadores de trato directo, escuela u otros significativos de su red de apoyo.

Esta fase permite corroborar, profundizar y evaluar el compromiso biopsicosocial del adolescente y su familia, la dimensión ligada al consumo, los estilos vinculares entre adolescente y grupo familiar, y la motivación en un sentido amplio. A la vez, generar una propuesta de intervención terapéutica (PITI) coconstruida con el adolescente y su familia o adulto significativo prosocial, adecuado a las necesidades y recursos del usuario.

Sobre la base de estos datos se establecerán los Objetivos Terapéuticos que se irán evaluando y ajustando periódicamente en el tratamiento. Constituye un aporte fundamental al plan individual (PIT-SENAME), diseñado por el equipo a cargo de la sanción principal, pudiendo ampliar la visión del adolescente y redefinir objetivos a trabajar.

Durante esta etapa el equipo de salud mental y drogas **junto al equipo psicossocial** a cargo del cumplimiento de la sanción o de la medida cautelar, evaluará la pertinencia de que el adolescente participe en las actividades incluidas en su plan integral, por ejemplo incorporación a la escuela, ya que debe focalizarse en las **necesidades clínicas del sujeto de atención y no en el cumplimiento de un programa** (objeto de atención). Por lo tanto, si un adolescente no puede asistir a determinada actividad por su condición clínica, el equipo de salud mental y drogas tratante deberá elaborar un informe detallado de esta situación y lo enviará formalmente al jefe técnico del centro o al delegado, quien coordinará esto con los equipos que intervienen en su rehabilitación (escuela y otros). Esto quedará registrado en el expediente de SENAME y en los registros del equipo de salud mental y drogas correspondiente.

#### DURACIÓN

La duración para el diagnóstico integral, considerando la complejidad del perfil y la necesidad de realizar distintos tipos de evaluaciones e intervenciones, no debe superar un mes.

#### 5.1.1. ÁREAS A EVALUAR

De acuerdo a lo señalado en la confirmación diagnóstica (pág. 55) los aspectos que se abordarán en el diagnóstico integral son:

- Compromiso biopsicosocial
- Patrón de consumo

### **a. Compromiso biopsicosocial<sup>47</sup>**

El compromiso biopsicosocial se construye sobre la base de una serie de áreas, las que deben ser evaluadas en cuanto al grado de severidad, que puede presentarse de diversos modos en cada una de ellas.

Esta pauta está basada en el Patient Placement Criteria (PPC 2-R) y ha sido concordada por un grupo de expertos convocados por CONACE y MINSAL.

Se recomienda realizar un diagnóstico descriptivo de las áreas, rescatando las competencias individuales, familiares y contextuales, evitando la categorización rígida de las mismas. Lo anterior permite al equipo clínico utilizar este instrumento en distintos momentos del proceso terapéutico, pudiendo observar logros en el tratamiento y retroalimentar al adolescente y al plan individual de tratamiento integral.

Las áreas consideradas en el diagnóstico del compromiso biopsicosocial (BP) son:

1. Salud física y mental.
2. Desarrollo psicoemocional.
3. Familia.
4. Socialización y modulación de conductas trasgresoras.
5. Integración social.

A continuación se detallan aspectos relevantes de cada una de las áreas mencionadas.

#### **SALUD FÍSICA Y MENTAL**

Para la evaluación de la salud física de los adolescentes, además de los procedimientos básicos (medición de talla y peso, por ejemplo), se sugiere la indicación de exámenes y estudios biológicos para descartar presencia de patologías físicas o neurológicas, y la derivación a especialidades cuando corresponda.

Pruebas indicadas regularmente a todos los adolescentes:

- Hemograma completo. En un porcentaje de consumidores de alcohol puede aumentar el volumen corpuscular medio (VCM).
- Perfil bioquímico: Glicemia y uremia.
- Perfil hepático: SGTO, SGTP, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina.

---

<sup>47</sup> Ver Anexo N° 3.

Las enzimas hepáticas son de especial importancia cuando existe un consumo de alcohol de larga data.

**OTROS EXÁMENES SUGERIDOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL ADOLESCENTE SON:**

- Pruebas serológicas (VDRL) y VIH en los casos de adolescentes sujetos a explotación sexual u otras conductas de riesgo sexual, previo consentimiento informado del adolescente. Dándose sus resultados de forma confidencial.
- Electroencefalograma (EEG).
- Electrocardiograma (ECG), especialmente en usuarios que recibirán tratamiento farmacológico con neurolépticos y antidepresivos tricíclicos.
- Radiografía de tórax en consumidores de PBC.

Se derivará a las diferentes especialidades cuando se requiera, tales como nutricionista, matrona, neurólogo, dentista u otras.

Es fundamental realizar una evaluación de salud mental con profundidad, especialmente considerando la alta frecuencia de trastornos mentales en los adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y drogas.

**LOS TRASTORNOS DE MAYOR PREVALENCIA EN ADOLESCENTES DE ALTA VULNERABILIDAD SOCIAL, ESPECIALMENTE AQUÉLLOS QUE SON INFRACTORES DE LEY, SON:<sup>48</sup>**

- Trastorno de Déficit Atencional.
- Trastornos del ánimo.
- Autoagresiones e intentos de suicidio.
- Trastornos del desarrollo de personalidad: Línea Borderline.
- Desarrollos psicopáticos.
- Trastornos disociativos graves.
- Trastornos psicóticos.

De acuerdo a la experiencia clínica de los equipos que han intervenido con esta población en nuestro país, se destaca la presencia de: daño orgánico, otros trastornos del desarrollo y externalizantes mayoritariamente en hombres e internalizantes mayoritariamente en mujeres. Además se observa una alta presencia de situaciones traumáticas, tales como abuso físico, psicológico y sexual desde etapas tempranas del desarrollo.

Es muy importante considerar que en la adolescencia algunos síntomas que pueden llevar a diagnosticar un trastorno mental, pueden estar mezclados con las características propias de la etapa, los efectos del consumo y de la privación

<sup>48</sup> Bloom, 2005; Dorothy Otnow Lewis, 2002, 2004, 2005; Kaplan y Cornell, 2004; De la Peña, 2006:



de libertad, por lo que es preciso considerar un tiempo pertinente antes de confirmar las hipótesis diagnósticas.

Además, se debe evaluar la presencia de otros trastornos concurrentes secundarios al consumo de drogas y alcohol (ver anexo). De gran relevancia es el síndrome de privación o abstinencia a las diferentes drogas (CIE 10), con especial énfasis en aquel síndrome de abstinencia producido por alcohol y benzodiazepinas descrito en población adulta, pero que requiere observación especial en adolescentes con inicio del consumo abusivo desde etapas tempranas del desarrollo y prolongado en el tiempo.

Para ejecutar esta evaluación se recomienda utilizar entrevista y observación clínica (individual, grupal y familiar, o persona a cargo de su cuidado), apoyándose en los criterios diagnósticos CIE 10, y aplicación de tests psicométricos o pruebas psicológicas diagnósticas. Los resultados de estas evaluaciones deberían ser discutidos en equipo e interpretados con relación a los hallazgos clínicos y de contexto.

**ALGUNAS DE LAS PRUEBAS DE PSICOMETRÍA QUE ES POSIBLE UTILIZAR SON LAS SIGUIENTES (LOS TERAPEUTAS CONSIDERARÁN SU APLICACIÓN DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN CLÍNICA):**

- Bender Kopitz.
- WAIS o WISC - R
- CAT - A o CAT - H
- Pruebas gráficas: HTP, Familia, Figura Humana.
- En el ámbito de la evaluación de daño orgánico se recomienda el test de Luria-Nebraska.

#### **DESARROLLO PSICOEMOCIONAL**

En este eje la intervención terapéutica se centrará en lo que se refiere al desarrollo de las etapas y tareas evolutivas en las que se encuentre el adolescente, incorporando la mirada desde el enfoque de la adolescencia en el proceso terapéutico.

La intervención deberá estar centrada, principalmente, en el desarrollo de habilidades, competencias, actitudes y valores como parte del desarrollo integral, centrándose en rescatar los recursos y características resilientes desarrolladas por estos adolescentes, más que en las carencias y fracasos.

**ALGUNOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS (QUE DEBIERAN CONTEMPLARSE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO) QUE SE REALIZARÁN EN ESTE ÁMBITO SON:**

- Desarrollo y consolidación del proceso de identidad, con perspectiva de género y sexual.

- Desarrollo de una autoestima y autoimagen positivas.
- Favorecer el proceso de individuación, autonomía e integración al grupo de pares.
- Favorecer el desarrollo de habilidades y competencias asociadas con la resiliencia.
- Favorecer el proceso de individuación en relación con la familia, como parte importante del proceso de desarrollo de identidad en el adolescente.
- Favorecer el desarrollo de un proyecto de vida.

Estos últimos objetivos serán trabajados en conjunto y en coordinación clínica con el equipo que realiza el trabajo socioeducativo, con los diferentes énfasis que a cada equipo corresponda.

## FAMILIA

Esta dimensión se explora a través de diversas entrevistas, tanto individuales (con el adolescente o alguno de sus parientes) como grupales (totales o parciales).

Aunque el apoyo familiar no esté presente, deberá explorarse la historia familiar para el diagnóstico.

### SE REQUIERE DETERMINAR EN ESTA ETAPA:

- a.- Tipo de familia: nuclear (biparental, monoparental), extensa (trigeneracional o más), familia simultánea (hijos provenientes de dos, tres o más), etc. Describir a través del uso de genogramas de momentos claves del desarrollo (nacimiento, etapa escolar, actual, etc.).
- b.- Organización de la familia en relación con el consumo de drogas del adolescente, a fin de identificar algunas de las relaciones más importantes asociadas:
  - Familias en las que el consumo de drogas es un problema nuevo en su historia.
  - Familias en las que el consumo de drogas es un problema que se repite en otros miembros.
  - Familias en las que el consumo de drogas está relacionado con tráfico de drogas y problemas delictuales.
  - Familias en las que los padres presentan graves problemas de consumo y transgresiones delictuales.

Cada una de estas familias dará origen a planes de trabajo y acciones muy diferentes, relacionados además con las variables del compromiso biopsicosocial (anexo N°2). Asimismo, deberán tomarse en cuenta al elegir un tipo de tratamiento recomendado por el equipo.

c.- Dinámica de la familia en relación con el consumo de drogas del adolescente infractor:

- Develar patrones colectivos asociados al consumo problemático.
- Relacionar el consumo con otras problemáticas muchas veces ocultas (duelos no elaborados, adaptación adversa al entorno, etc.).

**EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO CON ADOLESCENTES INFRACTORES, SE RECOGE QUE LAS FAMILIAS PRESENTAN:**

- Mayor desvinculación de redes sociales, institucionales y comunitarias asociada a desesperanza, desconfianzas mutuas, exclusión social, entre otras.
- Diversidad en su estructura, que tiende a la polaridad. Se observa con frecuencia familias extensas con vínculos significativos no sanguíneos y también familias muy reducidas compuestas por uno de los padres y el adolescente.
- Alta presencia de consumo de drogas y alcohol familiar.
- Alta presencia de trastornos psiquiátricos.
- Alta presencia de infracción de ley y validación de esta conducta para la subsistencia.
- Naturalización (normalización) del maltrato y abuso, con presencia transgeneracional.
- Aceptación de la violencia como medio para resolver los conflictos familiares y con otros.
- Alta presencia de muertes traumáticas en la historia familiar.
- Locus externo en la mirada de los problemas familiares.

Todo lo anterior llevaría a definir a estas familias según la conceptualización tradicional de “familia multiproblemática”, pero se sugiere traspasar este concepto y rescatar también los recursos y las competencias familiares, permitiendo utilizar estos últimos en beneficio del vínculo y la adherencia al tratamiento.

Además, es necesario incluir en el análisis los sentidos de pertenencia sociocultural con los que se identifica la familia, de manera de entenderla como parte de un contexto sociocultural que también influye en sus procesos.

Se debe evaluar la historia y estado de los vínculos de la familia con las instituciones formales y no formales, pues la evidencia clínica señala que es un aspecto central y que debe ser abordado tempranamente en el tratamiento, ya que desde ahí es posible establecer un mejor vínculo y abordar otros temas.

La evaluación familiar se realiza a través de actividades específicas en las que se incluye el primer contacto telefónico y la vista domiciliaria, además de entrevistas en el hogar y en el centro.

Si no existiera familia, debe contactarse con alguna figura de la familia extensa o figura significativa prosocial que participe y apoye el tratamiento.

#### SOCIALIZACIÓN Y MODULACIÓN DE CONDUCTAS TRANSGRESORAS

El trabajo en esta área es prioritario, ya que la relación con el grupo de iguales a estas edades es clave y uno de los elementos más influyentes en el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo asociadas en los adolescentes.

La meta general debe apuntar al desarrollo de una competencia individual para la interacción social que les permita mejorar las relaciones que establecen con los demás y enfrentarse a los problemas que surgen en sus relaciones personales, actuando de forma adecuada o más adaptativa al contexto, en la relación con los padres, profesores, figuras de autoridad, etc. La modulación de las conductas transgresoras y la capacidad de reflexión con respecto a éstas, es otra de las metas a seguir.

#### OBJETIVOS:

- Adquirir habilidades sociales y de comunicación necesarias para establecer relaciones y/o vínculos afectivos seguros y positivos.
- Reconocimiento de la dinámica de presión grupal, el sometimiento a la regla de conducta estricta del grupo de iguales y entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la presión de grupo, para conseguir desvincularse de agrupaciones desadaptativas.
- Favorecer un estilo de comportamiento asertivo.
- Desarrollar la capacidad para establecer y regular las relaciones interpersonales teniendo en cuenta las necesidades de los demás y basándose en los valores personales.
- Poner en práctica las habilidades sociales y de comunicación.
- Orientación del sujeto hacia una socialización integrada y respetuosa con las normas y límites del entorno.
- Potenciar la puesta en contacto y las relaciones con grupos de adolescentes no consumidores.

#### SITUACIONES ASOCIADAS AL CONTEXTO PRIVATIVO DE LIBERTAD

Se describen algunos fenómenos comunes que se manifiestan de manera inmediata o en distintos momentos de la privación de libertad. Éstos son:

- **La desproporción emocional reactiva:** situaciones que en otro contexto carecerían de importancia son vivenciadas con una desproporcionada resonancia emocional y cognitiva.
- **La dualidad adaptativa:** Se puede producir una autoafirmación agresiva con fuerte hostilidad hacia todo lo que provenga de la “autoridad”, o la sumisión frente a la institución como forma “adaptativa”.
- **El “presentismo galopante”:** Se refiere a la incapacidad para controlar las contingencias del ambiente, de manera que actúa bajo el mandato del inmediatismo, lo que en situaciones de privación de libertad se traduce en vivir sólo el presente, con ausencia de planificación y visión de futuro.
- **Síndrome amotivacional:** Caracterizado por la pérdida de interés, por la percepción de la incapacidad de transformar o dirigir su vida, delegándose su responsabilidad y creatividad en el entorno institucional del que depende. Incluso, puede llegar a presentar episodios depresivos que pueden desencadenar conductas autoagresivas.

Por lo anteriormente indicado, la reducción de impacto del internamiento debe convertirse en uno de los objetivos a lograr por los equipos que intervienen con los adolescentes en los centros, constituyéndose como un **elemento de comprensión en cada una de las fases del tratamiento y ante los diferentes momentos de crisis** que pueden presentar los jóvenes al interior de un centro privativo de libertad.

Se sugiere realizar intervenciones enfocadas en prevenir las crisis o intervenir directamente a través de contención emocional, focalizando el o los factores desencadenantes de dichas crisis. Esto debe realizarse en estrecha vinculación y coordinación con los demás equipos que intervienen con el adolescente.

#### INTEGRACIÓN SOCIAL

En esta área debe evaluarse:

- Situación de vida en la calle, situación escolar, grupo de pares, participación en la comunidad, recreación y tiempo libre.
- Todas las áreas de este ámbito, descritas no sólo desde los déficits, sino también desde las capacidades, lo que permitirá trabajar las necesidades del adolescente y su familia en este ámbito durante todo el proceso de tratamiento.
- Todas las posibles redes individuales y comunitarias del adolescente y su familia, para su posterior desarrollo en la fase de tratamiento. Esto, principalmente en el contexto privativo de libertad, de manera de reducir el impacto del aislamiento social (prisionización) producto de la privación de libertad, y favorecer el proceso de integración.

- La clínica con perspectiva sociocultural se basa en el reconocimiento del otro como un otro válido, sujeto de derechos, lo que asume la necesidad de validación de un enfoque biográfico. Por esto, debemos conocer y resignificar las experiencias vividas, incluyendo los lazos afectivos construidos en las historias de vida, facilitando a través de ellos el proceso de vinculación y adherencia al programa de tratamiento<sup>49</sup>.
- Permite visualizar las diferencias en torno al consumo de drogas y la infracción de ley, como prácticas con representaciones similares y diversas a la vez, según género, edad, territorialidad, espacio barrial, contexto legal, familiar, etc.
- Por otra parte, la incorporación de esta variable permite comprender e intervenir en función de las realidades subjetivas específicas, incorporando por ejemplo, los sistemas de creencias o la cosmovisión de las familias, y la posición que tienen en torno a ellas.

### ***b. Patrón de consumo***

**EL PATRÓN DE CONSUMO DEL ADOLESCENTE SE PRESENTA EN UN CONTEXTO QUE ES RELEVANTE INTEGRAR EN EL ANÁLISIS. LA INVESTIGACIÓN DE PATRONES DE CONSUMO DEBE INCLUIR INFORMACIÓN SOBRE:**

- Edad de inicio de consumo.
- Sustancia o droga consumida.
- Frecuencia del consumo actual.
- Presencia de consumo sostenido.
- Presencia de consumo socializado.
  - Vía de administración.
  - Consecuencias de la intensidad del consumo.
  - Criterios de dependencia.
  - Motivación al consumo.

Es importante destacar que muchas veces el consumo está asociado a conductas de riesgo que pueden derivar en acciones de mayor severidad, como delitos graves e intentos de suicidio. Además, el consumo se vincula con una mayor exposición de los adolescentes a situaciones de violencia física, psicológica, sexual, etc.

De acuerdo a la experiencia de los equipos que trabajan con adolescentes infractores de ley, la mayoría de la veces cuando el consumo existe, éste es en un patrón de alto riesgo, es decir, adolescentes en los que se superponen un sinnúmero de indicadores, que pueden quedar resumidos en la siguiente tabla:

<sup>49</sup> Aportes de equipo CRE SER. Fundación Tierra de Esperanza.VIII región.

TIPO DE CONSUMO		CONSUMO DE RIESGO MODERADO	CONSUMO DE ALTO RIESGO
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.	Más de 6 meses.
Consumo socializado o no		En grupo y solo.	Mayor tendencia al consumo solitario.
Vía de administración		Más de una vía, no inyectable.	Inyectable.
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 anestésico emocional. Aumentar ánimo. (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.

## 6. Tratamiento

### 6.1. Plan individual de tratamiento integral (P.I.T.I.)

#### DESCRIPCIÓN

Se basa en el diagnóstico integral realizado por el equipo y, por lo tanto, es coherente con la información recogida en las áreas descritas en la fase diagnóstica.

Se expresa a través del establecimiento de hipótesis diagnósticas (individuales, familiares y/o contextuales).

La práctica clínica recomienda que este plan se realice básicamente a través de sesiones individuales y familiares, además del análisis del caso en reunión clínica considerando un plazo aproximado de una semana; requiere ser flexible y reevaluado constantemente entre adolescente, familia y equipo.

En este plan deben quedar plenamente **identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser alcanzados con el adolescente y su familia**, quienes -como parte de la elaboración de éste- deben conocer íntegramente dichos objetivos y las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento (**contrato terapéutico**). Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el adolescente y familia o adulto prosocial.

Para el plan se deben tener presente las mismas áreas vistas en el diagnóstico:

1. Salud física y mental.
2. Desarrollo psicoemocional.
3. Familia.
4. Socialización y modulación de conductas transgresoras.
5. Integración social.

Si bien los objetivos terapéuticos son personalizados, es decir, definidos para cada adolescente de acuerdo al resultado de la evaluación integral realizado en el diagnóstico, éstos se orientan a:

- Motivación para el cambio.
- Manejo de la abstinencia.
- Reducción del daño.
- Reescolarización.



- Habilidades sociales.
- Reinserción social.
- Integración familiar.

La experiencia de los equipos muestra que es relevante motivar para que la incorporación a un proceso de tratamiento sea un acto voluntario, lo cual mejora resultados. Sin embargo, reconociendo el contexto judicial, sanción accesoria, deben desarrollarse **estrategias motivacionales eficientes** desde las primeras etapas de acercamiento al adolescente, las cuales mostrarán su eficacia en el momento de iniciar la fase de tratamiento.

El plan facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico en el adolescente y su familia, por lo cual:

- Debe ser **consensuado** con el adolescente y su familia, o adulto significativo prosocial, enfatizando la participación activa en su elaboración.
- Ser **elaborado y utilizado** por la totalidad de los integrantes del equipo tratante.
- **Flexible**, en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del desarrollo del tratamiento, que indiquen al equipo modificar, ajustar o cambiar modalidades de intervenciones.
- Debe **estar registrado en la ficha clínica** y en las principales actividades que se realizan para su cumplimiento.
- Debe ser **coordinado** con el plan de intervención individual del equipo socioeducativo.

Registrar todas las intervenciones realizadas por el equipo en la ficha permite:

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por el adolescente en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.
- Facilita la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- La continuidad del plan, aun cuando se hayan integrado nuevo miembros al equipo y, por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el adolescente.

En consecuencia, en el PITI se destaca:

- Comprender la complejidad que pueden alcanzar en la población estas intervenciones; se deben buscar las mejores estrategias posibles para

incorporar activamente al adolescente y su familia en la elaboración, como sujetos de atención.

- Las intervenciones terapéuticas deben especificarse definiendo las del ámbito individual, familiar y social o comunitario.
- Las evaluaciones deben ser realizadas con rigurosidad, periódicamente y con la mayor objetividad posible por parte del equipo tratante.
- El terapeuta principal es el responsable de asegurar la integralidad de las acciones y tener la visión global del adolescente.
- El plan individual de atención Integral debe quedar en su integridad registrado en la **ficha clínica** u otro tipo registro (en caso de modalidades residenciales), en cualquiera de sus modalidades de atención.

Un aspecto relevante de esta fase de atención del adolescente infractor de ley, tiene que ver con la entrega de información sobre los objetivos y sus actividades al equipo psicosocial y/o delegado, de modo que sea plenamente concordante con el plan integral de tratamiento de SENAME (PIT), y además permita la coordinación de las acciones que se realicen con el adolescente, con el fin de evitar una **sobreintervención y no provocar estrés en él**. Es necesario pesquisar precozmente las variables que puedan indicar riesgo de aquello.

**El PITI debe considerar desde su inicio la diferenciación de las intervenciones y sus especificidades por género**, en todas las áreas definidas a ser intervenidas terapéuticamente.

Se debe asignar explícitamente el referente técnico que será responsable de la coordinación de las acciones terapéuticas y del seguimiento de la evolución clínica del adolescente y su familia, o adulto prosocial significativo, durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento.

Asimismo, la experiencia recomienda que las **intervenciones terapéuticas, sobre todo las de inicio de tratamiento, sean realizadas con la participación de un terapeuta acompañante**, lo cual mejora la definición de estrategias de diagnóstico e intervención y, además, favorece la disminución de la **contratransferencia negativa** que en esta población adquiere una mayor connotación.

#### PLAN DE EGRESO Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE

Ya sea que éste se produzca durante su período de sanción como al egreso de ella, deberán estar claramente definidas y realizadas las coordinaciones con el sistema de salud que deberá dar curso a esta fase. Este proceso es imprescindible según recomienda la evidencia de intervenciones en este grupo de población.

## 6.2. Modalidades de tratamiento

La atención de adolescentes con consumo perjudicial/dependencia debe organizarse sobre la base de distintas modalidades de tratamiento, incluyendo en ellas un conjunto de intervenciones individuales, grupales, familiares, comunitarias y consultorías de salud mental, programadas con las características técnicas y la intensidad adecuadas para responder a las necesidades de distintas poblaciones de adolescentes.

Las modalidades de tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas se definen de acuerdo a criterios clínicos y sobre la base del contexto del cumplimiento de la sanción:

**En medio libre** las modalidades de tratamiento serán:

- Ambulatorio intensivo,
- Residencial y
- Hospitalización en unidad de corta estadía.

**En medio privativo** las modalidades serán:

- Ambulatorio intensivo y
- Hospitalización en unidad de corta estadía en centro privativo.

Los criterios clínicos para definir la derivación del adolescente a las diferentes modalidades de tratamiento son los siguientes:

### **MODALIDAD AMBULATORIO INTENSIVO:**

- Cuento con red primaria de apoyo o esté bajo la responsabilidad de SENAME.
- Clínicamente estable sin síntomas de intoxicación aguda.
- En caso de presentar comorbilidad, no exista riesgo vital (suicidio o heteroagresión grave).

### **MODALIDAD RESIDENCIAL:**

- Ausencia de redes de apoyo.
- Redes que obstaculicen de forma severa el tratamiento (contexto que amenace la integridad del adolescente, tanto familiar como social).
- Compromiso biopsicosocial severo.
- Reiterados fracasos de tratamientos ambulatorios intensivos.

### **MODALIDAD HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTADÍA ADOLESCENTE:**

- Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severo.
- Enfermedad mental con riesgo vital (hetero y autoagresión).
- Psicosis descompensada con bajo control de impulsos.

#### A) MODALIDAD TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO

Esta modalidad constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, desarrollado en adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas y compromiso biopsicosocial severo, que cuente con red primaria de apoyo o esté bajo la responsabilidad de SENAME; en caso de presentar comorbilidad, el cuadro clínico está compensado con control de impulsos (sin auto /heteroagresión).

La duración óptima de la modalidad ambulatoria intensiva para la mayoría de los adolescentes es de diez meses, con una frecuencia de asistencia de cinco días por semana y con seis horas de permanencia cada vez. Parte del tiempo de permanencia puede ser efectuado en centros educacionales con adecuada supervisión.

#### B) MODALIDAD TRATAMIENTO RESIDENCIAL

Esta modalidad constituye un conjunto de intervenciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a adolescentes infractores de ley con dependencia de drogas y compromiso biospiciosocial severo, con ausencia de redes de apoyo, o redes que obstaculizan de forma severa el tratamiento (contexto que amenace la integridad del adolescente, tanto familiar como social). Se otorga cuidados de 24 horas al día en un ambiente terapéutico.

Esta modalidad tiene una duración máxima de doce meses, con permanencia de siete días a la semana y con una jornada terapéutica de 5 a 8 horas diarias, y parte del tiempo de permanencia puede ser efectuado en el hogar con adecuada supervisión durante el fin de semana. El equipo de salud mental y drogas que refirió al adolescente analizará en conjunto con el equipo residencial, cada 3 meses, la pertinencia de continuar con esta modalidad de tratamiento o su traslado a un programa ambulatorio.

#### C) MODALIDAD DE TRATAMIENTO

##### HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTADÍA ADOLESCENTE

Se define como un servicio de hospitalización cerrada, con un número no mayor a 12 camas, ubicado en un hospital general tipo 1 ó 2, o en un centro privativo de libertad, donde se otorga atención clínica de especialidad psiquiátrica en un tiempo no superior a los 60 días, para adolescentes que presenten :

- Intoxicación aguda por consumo de alcohol y drogas.
- Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa.
- Comorbilidad psiquiátrica grave descompensada.

- Trastorno mental descompensado.
- Riesgo vital (hetero y autoagresión).

Dada esta condición clínica, no es posible su abordaje terapéutico en forma ambulatoria, requiriendo observación, atención médica y cuidados especiales las 24 horas al día.

- **Sus objetivos principales:**
  - Contención del episodio agudo y estabilización del cuadro clínico.
  - Estudio diagnóstico acucioso y multiaxial.
  - Definición de la modalidad de tratamiento.
  - Manejo clínico del síndrome de privación por consumo de sustancias psicoactivas.
  - Abordaje del cuadro clínico desde un enfoque biopsicosocial que permita la pronta identificación de los factores médicos, sociales y/o familiares que están condicionando la situación de crisis.
- **Los Centros de derivación a hospitalización en esta unidad son:**
  - Servicios de urgencia general.
  - Centros ambulatorios de salud mental comunitaria.
  - Hospital de día adolescente.
  - Equipos de salud mental y drogas.

La atención del adolescente por una descompensación de una enfermedad, como las anteriormente definidas deberá regirse principalmente por los protocolos y guías clínicas vigentes (depresión, esquizofrenia, alcohol y drogas, etc.).

En relación con el abordaje clínico de los adolescentes con síntomas graves de abstinencia o privación por consumo de sustancias psicoactivas que requieran ser hospitalizados, incluye dos procesos:

- a) El tratamiento del síndrome de abstinencia a una sustancia -que otorga asistencia médica a las personas que sufren este cuadro-, cuyos objetivos terapéuticos son:
  - aliviar sus síntomas,
  - disminuir los riesgos a los que puede quedar expuesto por la retirada de la droga en cada caso particular,
  - su duración puede estar en relación con la duración del síndrome de abstinencia, es decir, puede extenderse por una a dos semanas<sup>50</sup>.

---

50 Mattick and Hall, 1996,

- b) Es una intervención que pretende establecer un quiebre en el funcionamiento de la persona, aislándola del círculo vicioso de la adicción, en el cual el consumo se mantiene en gran medida como respuesta condicionada a los estímulos del ambiente interno y externo del sujeto.

Así, la intervención ofrece una oportunidad para estabilizar a la persona en sus componentes cognitivos, emocionales, conductuales y psiquiátricos.

Este tiempo de estabilización dará, además, la posibilidad de reunir recursos internos y externos al sujeto, con el fin de planificar una apropiada continuidad del tratamiento. Esta intervención, por su naturaleza, toma más tiempo que la anterior, sobre todo si se trata de pacientes que sufren problemas médicos y psiquiátricos concomitantes.

Las acciones en hospitalización incluye:

- Evaluación diagnóstica y tratamiento médico.
- Evaluación diagnóstica y tratamiento psiquiátrico.
- Terapia farmacológica.
- Atención psicológica individual, grupal y familiar.
- Motivación al tratamiento.
- Psicoeducación (individual y familiar).
- Consejería individual y grupal.
- Atención de enfermería.
- Terapia ocupacional.
- Atención de asistente social, individual, grupal y familiar.
- Intervenciones recreacionales.
- Intervenciones psicosociales.
- Cuidados de 24 horas al día en un ambiente hospitalario.

La duración de la hospitalización y la frecuencia de las acciones entregadas deben responder a las necesidades particulares de cada adolescente y estructurarse en un plan individual de tratamiento Integral. La duración óptima para la mayoría de los adolescentes es de 21 a 30 días, con jornada terapéutica de 5 a 8 horas diarias; sin embargo, en esta población el tiempo puede extenderse hasta 60 días, luego de los cuales deberá continuar tratamiento ambulatorio en el programa diseñado según los requerimientos del adolescente.

El equipo clínico que brinda atención en esta unidad debe tener las competencias necesarias que:

- Den seguridad al adolescente hospitalizado.
- Realicen intervenciones altamente eficaces, que permitan la pronta incorporación del usuario a la red asistencial y/o residencial a nivel local, con la cual mantiene coordinación permanente.
- Realicen acciones de autocuidado permanentemente.

#### **PRÁCTICAS RECOGIDAS DE LOS PLANES DE DESINTOXICACIÓN DE CONACE**

- Generalmente, los adolescentes que ingresan a los programas de desintoxicación manifiestan un deterioro físico severo (desnutrición, patologías respiratorias y dermatológicas), presentando comorbilidad psiquiátrica grave, la cual tiñe en forma importante la sintomatología que da expresión al síndrome de abstinencia, cuando aquélla existe.
- Los consumos son de larga data, del tipo policonsumo, y las drogas que en cierto modo están más involucradas son el alcohol, la pasta base, algunos inhalantes, marihuana y/o cocaína.
- Generalmente, son adolescentes que tienen experiencias en conductas delictivas y muchos de ellos están con procesos judiciales pendientes.

El equipo de salud mental y drogas que refirió, o el del territorio del que proviene el adolescente, trabajará en conjunto con el equipo de la hospitalización la referencia asistida al centro, que brindará un plan terapéutico posterior, ambulatorio o residencial, que responda mejor a sus necesidades.

Se ha logrado establecer la importancia de un período de vinculación, motivación y adaptación al tratamiento; fase que va a entregar las bases para que el adolescente pueda prepararse para continuar uno en un espacio residencial, dado el perfil de los usuarios.

#### **6.3. Intervenciones terapéuticas**

Dada la similitud de las intervenciones realizadas en ambas modalidades de tratamiento, cuyas diferencias están dadas por la intensidad de las intervenciones y los recursos metodológicos que se utilizan, se mencionan a continuación las principales intervenciones que deben estar siempre consideradas en el plan individual de tratamiento integral.

Cabe señalar que la modalidad de Hospitalización de corta estadía, tanto en medio privativo de libertad como en hospital general, y aun cuando en ella también se pueden realizar varias de las intervenciones de la modalidad ambulatoria y residencial, éstas en el contexto de hospitalización, tienen sus particularidades, por lo que se abordará en un capítulo aparte.

#### A.- INTERVENCIONES INDIVIDUALES:

- Consulta médica (examen físico, laboratorio, farmacoterapia).
- Consulta psiquiátrica (psicoterapia, farmacoterapia y otros).
- Consulta psicológica (evaluaciones, psicoterapias, intervenciones psicosociales, otros).
- Consulta de salud mental (otros profesionales del equipo de salud mental y drogas), intervenciones psicosociales (recreacionales, consejería, otras).

#### B.- INTERVENCIONES GRUPALES Y FAMILIARES:

- Psicoterapias familiar.
- Psicoterapias específicas.
- Intervenciones psicosociales (recreacionales, consejería, otras).

#### C.- INTERVENCIONES COMUNITARIAS:

- Visita de salud mental a domicilio, escuela, trabajo, otros.
- Reuniones con organizaciones de base, de usuarios, familiares.
- Reuniones de coordinación con equipo psicosocial SENAME y otros (transferencia técnica).

### 6.4. Etapas del tratamiento

Se distinguen en las modalidades de tratamiento Ambulatorio intensivo y Residencial tres etapas:

- Adaptación.
- Estabilización y consolidación del tratamiento.
- Resolución e integración social.

#### 6.4.1. ETAPA DE ADAPTACIÓN

##### DESCRIPCIÓN

En esta etapa se realiza una preparación para las etapas de mayor intensidad terapéutica, intervenciones con énfasis en continuar fortaleciendo el vínculo terapéutico y las estrategias motivacionales, así como dar inicio y/o continuidad al proceso de desintoxicación y de compensación física, desde una perspectiva de género y enclave adolescente<sup>51</sup>.

51 Arbex, Carmen. Guía de Intervención Menores y Consumo de Drogas, ADES. Madrid 2002.



Se entiende como un proceso de intensidad progresiva y flexible acorde con el perfil del adolescente y el contexto social particular en que se encuentre.

Los contenidos llevados a cabo en la preparación del tratamiento cobran mayor relevancia en esta etapa, pero son transversales a todo su proceso.

En el caso del contexto privativo de libertad, las intervenciones individuales en salud mental deben diferenciar con claridad la sintomatología producida por el síndrome de abstinencia de aquella causada por la prisionización.

En el caso de que se trate de intervenciones en que la prisionización sea un aspecto asociado a la sintomatología clínica, se requerirá incorporar estrategias pertinentes, con el equipo del centro donde se encuentra privado de libertad el adolescente. Dichas estrategias deberán ser explicitadas en los planes de tratamiento respectivos.

En esta etapa se espera que los adolescentes y sus familias, reconozcan y realicen acciones encaminadas a reducir o minimizar las conductas reconocidas como de riesgo (gestión de riesgo).

#### SITUACIONES ASOCIADAS AL CONTEXTO

- Se sugiere que cuando existan **adolescentes con medida cautelar** que han iniciado el tratamiento voluntariamente, se debe coordinar tempranamente con el equipo clínico de drogas en medio libre cercano a su territorio, para favorecer la continuidad del tratamiento en el caso de que se suspenda la medida judicial, y se recomienda al equipo conocer la situación judicial del adolescente a través de las reuniones entre equipo psicosocial y abogado defensor del joven.
- Cuando la sanción se resuelve y el adolescente ya ha comenzado su tratamiento, se sugiere motivar y trabajar con él la importancia de continuar con un proceso de tratamiento y de rehabilitación en drogas, ofreciendo las instancias pertinentes de la red asistencial ubicadas en el territorio del joven, realizando una adecuada derivación asistida.

#### DURACIÓN

Se estima una duración de tres meses. En el caso de adolescentes con privación de libertad, la etapa puede ser de mayor duración al presentarse más intensamente síntomas asociados a la prisionización.

#### CONTENIDOS FUNDAMENTALES A TRABAJAR

- **Alianza terapéutica:** Una vez que se conoce más de la historia y formas de vinculación, debemos continuar realizando intervenciones que fortalezcan este proceso, desarrollando estrategias que favorezcan una relación segura

para el adolescente y su familia, constituyendo un espacio reparador en sí mismo<sup>52</sup>.

- **Estrategias motivacionales:** Entendiendo la motivación como un proceso dinámico que se da en la interacción de los sujetos y que puede ser influenciada positivamente por los profesionales a cargo, <sup>53</sup> por lo que lo motivacional puede ser favorecido al ser abordado desde una perspectiva exploratoria -en un sentido amplio-, no instalando necesariamente el tema del consumo como problema principal, sino que abriéndose la posibilidad a abordar otras temáticas de interés para el adolescente tales como lo jurídico, la privación de libertad, entre otras. Siempre en clave adolescente y con pertinencia sociocultural.
- En este proceso dinámico influyen, tanto los factores individuales como los factores contextuales como la privación de libertad o el entorno interaccional de agresividad, violencia, etc., por lo que los profesionales deben considerar estas variables para entender las fluctuaciones de lo motivacional y la adherencia al tratamiento.

En esta etapa se sugiere iniciar o continuar los procesos de desintoxicación y de compensación de los trastornos físicos y de salud mental, a través de intervenciones en el ámbito físico, nutrición, salud sexual y reproductiva, entre otras; señaladas en la Norma Técnica N° 85, cuando se estime necesario.

La experiencia clínica ha demostrado que cuando se realiza esta intervención temprana y eficazmente, se genera una mayor adherencia al tratamiento y logros terapéuticos.

## ÁREAS DE INTERVENCIÓN

### a) Intervenciones individuales

En cuanto al proceso de alianza terapéutica:

- Flexibilizar los tiempos de las sesiones individuales de acuerdo a las necesidades del adolescente; desde la práctica se sugiere al inicio, sesiones de 20 a 30 minutos.
- Resignificar las experiencias y figuras significativas en la vida de los jóvenes, cuidando que la relación terapéutica no se convierta en el eje de “cómo debe ser una relación segura”.
- El clínico ofrece al adolescente la posibilidad de realizar un recorrido autobiográfico del discurso que articula a la droga y al delito en un todo coherente, buscando los sentidos simbólicos del consumo problemático, así

52 Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes, Orientaciones Técnicas. CONACE 2003.

53 Miller and Rollnick, 1991.

como de la infracción de ley. Esto, con el objetivo de visualizar aquellos puntos o nudos en los que su experiencia involucra la necesidad de la droga y/o la infracción de ley, de modo de poder ir haciendo una cadena de sentidos diferente, que abra la posibilidad al terapeuta de trabajar con el adolescente la manera de incorporar nuevos sentidos y formas de convivencia.

- Los terapeutas deben conocer la fragilidad del vínculo entre el adolescente infractor y el mundo adulto, en especial en contextos privados de libertad, estilos de apego muy desorganizados, comorbilidad, maltrato y abuso sexual, por lo que se sugiere no “sobrecargarlos”.

#### TÉCNICAS E INTERVENCIONES RECOMENDADAS:

- Lúdicas.
- Contención emocional.
- Manejo de contingencias.
- Técnicas narrativas.
- Técnicas gráficas.
- Relajación.

#### ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES:

- Se recomienda establecer por parte de todos los interventores un liderazgo competente, comprometido y con prácticas de refuerzo positivo, evitando el autoritarismo y las relaciones horizontales.
- Conocer las prioridades y proyectos a futuro del adolescente, para juntos clarificar que estos objetivos propuestos no estén vinculados con su situación actual. Ej.: pololeos, estudios, etc.
- Se sugiere elaborar metas en conjunto y cuantificarlas.
- Evaluar la percepción del cambio a través de su propia creencia de cómo se puede cambiar, o que él mismo evalúe la percepción que tiene sobre el cambio de algunos de sus pares.
- En el caso de que el adolescente no desee comprometerse con el proceso de cambio, se sugiere la entrevista motivacional propuesta por Miller y Rollnick<sup>54, 55</sup> que plantea cinco estrategias fundamentales:
  - Expresar empatía: el terapeuta debe escuchar, más que decir; expresa empatía ante la ambivalencia de su conducta de riesgo (consumo, infracción).

54 Motivational Enhancement Therapy Manual (Miller y cols,1995).Marijuana Treatment Project Therapist Manual (Steinberg y cols , 1997).Ambos adaptados para su uso en adolescentes

55 Evidencia tipo 1 para el uso en adolescente. Dunn,Deroo,Rivadavia 2001.

- Poner de manifiesto las contradicciones: se refiere a la percepción que tiene el adolescente de su realidad actual y de dónde quisiera estar, devolviendo sus propias contradicciones de una manera empática; por ejemplo, el deterioro de la imagen corporal secundario al consumo.
- Evitar la discusión: no se recomienda la confrontación; cuando esto sucede debe sospecharse que en el algún momento el terapeuta utilizó la discusión, por lo que deben replantearse las estrategias a seguir.
- Allanar la resistencia: se refiere a la posibilidad de trabajar con las contradicciones hacia el cambio y no interpretarlas como fracaso del tratamiento. En contextos privativos la resistencia puede ser mayor, por lo que el terapeuta puede hacer preguntas abiertas que relacionen su situación contextual... ¿cómo crees tú que te podemos ayudar para no tener problemas con la justicia?
- Autoeficacia: el terapeuta debe ayudar y reforzar los logros alcanzados, aunque éstos sean mínimos.

#### ESTABILIZACIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

##### RECOMENDACIONES:

- Peso semanal a los jóvenes que se encuentren en esta etapa, e incluirlo en pauta de autocuidado físico.
- Derivar a especialidad de acuerdo a necesidad: matrona, dentista u otros, favoreciendo el involucramiento del adolescente y su familia en este proceso.
- Observar tempranamente la aparición de síntomas asociados al síndrome de abstinencia y diferenciarlos de los asociados a la prisionización u otras problemáticas emocionales, indicar para ello tratamiento farmacológico y no farmacológico.

##### TÉCNICAS E INTERVENCIONES RECOMENDADAS:

- Talleres de psicoeducación sobre el tratamiento farmacológico para apoyar la adherencia al mismo, donde se trabaja con el adolescente y su familia el tipo de fármaco que va a recibir, usos y tiempo estimado, dosis, efectos adversos.
- Ejercicios de relajación, respiración.
- Manejo de contingencias<sup>56</sup>.
- Intervenciones farmacológicas previa anamnesis, e indicación de estudios necesarios para la utilización de los fármacos que corresponda (EKG, perfil

<sup>56</sup> (Deas and Thomas, 2001) (Mayo and Smith, 1997; O'Brien 2005; Vocci et al 2005).

hepático, etc.), además de contar con el consentimiento informado del adolescente, familia o tutor a cargo.

- La evidencia científica sugiere el uso de benzodiazepinas en dependencia a alcohol en adolescentes.
- Los otros fármacos recomendados en adolescentes son los siguientes: ISRS, estabilizadores de ánimo, estimulantes de liberación inmediata o sostenida, antipsicóticos, vitaminas, entre otros.

## **b) Intervenciones grupales**

La relevancia del trabajo grupal en esta etapa radica en el desarrollo de procesos motivacionales, vincular y de habituación.

Es necesario que este espacio sea coordinado por dos profesionales del equipo, quienes integren el enfoque sociocultural a la experiencia de procesos grupales.

### **CONTENIDOS A TRABAJAR:**

- Construcciones de identidad de género adolescente, consumos, territorio, a través del relato de vivencias o de actividades diversas.
- Generación de rutinas diarias en los diferentes contextos en que se encuentre; en el privativo de libertad deben de incorporarse todas las actividades a realizar por el adolescente en el centro.
- Formas alternativas de resolución de conflictos.
- Reparación de lo vincular con el mundo adulto y con sus pares.
- Elaboración grupal de pautas de reducción de riesgos y daños.
- Reforzar los factores de protección y autoeficacia.
- Prevención de recaídas.

Favorecer el desarrollo de conductas prosociales a través del desarrollo de la empatía.

### **RECOMENDACIONES DESDE LA PRÁCTICA:**

- Las actividades grupales favorecen el proceso terapéutico de las mujeres cuando sólo están conformados por mujeres.
- La experiencia dice que las técnicas lúdicas, recreativas, culturales y deportivas favorecen la motivación y adherencia.
- Se sugiere grupos pequeños y homogéneos en cuanto a edad, intereses, afinidad y variable criminológica. La duración de la actividad debe ser

breve, con un aumento gradual dependiendo del proceso grupal, revisando la metodología de acuerdo a los intereses y motivaciones del grupo.

**TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS:**

- Grupos de discusión.
- Grupos de conversación.
- Técnicas lúdicas.
- Actividades deportivas.
- Imaginería.

**c) Intervenciones familiares**

- Es importante considerar que estas familias han vivido la experiencia de la intervención en reiteradas ocasiones, por ende, los interventores o terapeutas deben tener presente un **tiempo flexible** para generar los procesos que se pretenden.
- En esta etapa se genera un acercamiento a la familia, con el objetivo de favorecer la adherencia al tratamiento por parte de ésta, propiciando que más adelante se generen modificaciones en la dinámica familiar.
- Además, es necesario que el equipo mantenga una buena coordinación con otros programas, de modo de evitar la sobreintervención.

**SE SUGIERE EN ESTA ETAPA TRABAJAR LOS SIGUIENTES CONTENIDOS:**

- Motivación al tratamiento.
- Historia y estilos de vinculación entre los miembros de la familia y entre familia y operadores.
- Cosmovisiones o creencias sobre salud, adolescencia, adicción, delito, género, etc.
- Significado y sentimientos del estar “preso” desde cada uno de los miembros de la familia.
- Manejo de contingencias tales como intoxicación, síndrome de abstinencia.

Las actividades se pueden diferenciar entre terapia familiar e intervenciones familiares.

#### RECOMENDACIONES DESDE LA PRÁCTICA

- En el contexto privativo de libertad se sugiere que los espacios y el tiempo de la intervención con la familia sean diferenciados a los de visitas, se debe favorecer la incorporación de la familia lo más temprano posible a la nueva situación en que se encuentra el adolescente (privación de libertad).
- En el contexto no privativo se sugiere que la familia contenga al adolescente y mantenga, al menos, funciones elementales de cuidado, apoyo y responsabilización del tratamiento farmacológico u otro indicado en esta etapa.
- Se sugiere ofrecer espacios grupales de trabajo con la familia, orientados desde la articulación entre el enfoque sanitario con lo sociocultural.
- Las intervenciones más utilizadas son de contención, intervención en crisis, apoyo, psicoeducación, realizadas mayoritariamente en su propio contexto.

#### d. Intervenciones comunitarias

##### RECOMENDACIONES DESDE LA PRÁCTICA<sup>57</sup>

##### CONTEXTOS NO PRIVATIVOS

- Se sugiere coordinación permanente con el delegado para derivación asistida a programas de salud escolar, laboral, considerando la etapa de tratamiento.
- Participar en reuniones del equipo psicosocial ejecutor de la sanción para dar cuenta del proceso del adolescente.
- Realizar informes del proceso al sistema judicial, profesional a cargo, coordinador (a) del programa.

##### CONTEXTOS PRIVATIVOS

- Coordinación permanente con educadores de trato directo.
- Definir con equipos psicosocial y educacional las estrategias más atingentes en el proceso de escolarización.
- Iniciar junto al equipo psicosocial un trabajo con redes externas, tanto a nivel individual como social, para disminuir el impacto de prisionización.
- El coordinador del programa debe conocer la situación judicial del joven a través de las reuniones técnicas acordadas por el jefe técnico y el abogado defensor de aquél, para definir la conducta a seguir ante la posibilidad de cese o cambio de medida judicial.

<sup>57</sup> Proyecto Agora, ONG. Fundación Tierra de Esperanza.

## 6.4.2. ETAPA DE ESTABILIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL TRATAMIENTO

### DESCRIPCIÓN

Esta etapa del tratamiento marca la entrada en los procesos psicoterapéuticos propiamente tales, tanto en lo individual como en lo grupal en el adolescente, familia y comunidad. Siempre manteniendo la compensación psíquica y somática que se ha iniciado en la fase anterior y trabajando en la reducción de los riesgos asociados al consumo, a través del reforzamiento de los factores protectores del adolescente y su familia.

También se inicia el proceso de desarrollo y afianzamiento de competencias emocionales, cognitivas, conductuales y sociales que favorezcan el proceso terapéutico del adolescente, haciendo énfasis en la prevención de recaídas. Iniciando, además, procesos psicoterapéuticos reparatorios y de simbolización de la afectividad; incorporando desde la perspectiva del desarrollo y la terapia, un apoyo al proceso de responsabilización que está estrechamente ligado con la sanción principal, cuando ésta existe.

### DURACIÓN

La complejidad de los procesos de cambio que debe hacer el adolescente condiciona respuestas diferenciadas, de acuerdo a las características de cada uno de ellos. La experiencia indica un rango estimado entre cuatro a seis meses.

### ESPECIFICIDADES DE LA FASE DE ESTABILIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN

#### *MEDIO PRIVATIVO*

- Actividades lúdicas, recreativas, deportivas, culturales que se relacionan con la motivación y adherencia.
- Siempre incorporar otros actores.
- Se sugiere incorporar a los educadores de trato directo.
- En complementariedad con otros programas.

#### *MEDIO LIBRE*

- Integración a sus redes.
- Plan residencial.
- Mantenimiento de las actividades.
- El adolescente debe ser más activo en la mantención de estas redes.



## ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

### a) *Intervención individual*

Es importante indicar que no existe un modelo psicoterapéutico único, válido para todos los adolescentes. Por lo tanto, el modelo o tipo de intervención que se diseñe debe cumplir ciertas características:

- Debe ser fácilmente accesible.
- Disponible en todo momento.
- No debe limitarse al uso de drogas, sino a todas las necesidades del individuo.
- Debe ser posible evaluarlo.
- Debe ser planteado con una gran flexibilidad, es decir, con capacidad de modificarse según las necesidades del paciente<sup>58</sup>.

La revisión realizada sobre este aspecto<sup>59</sup> no aporta información específica, sólo se encontraron estudios aislados al respecto. Sin embargo, en lo hallado hay consenso en señalar que las intervenciones deben ser diferenciadas sobre la base de género.

El abordaje psicoterapéutico debe considerar al adolescente como un **ser activo en la construcción de la realidad y de sí mismo**, por lo cual hay que integrar todas las funciones del desarrollo desde una perspectiva integral.

- Debe existir una visión evolutiva, es decir, un proceso de cambio de múltiples determinantes (biológico-psicológico-social) que se da a través de principios jerárquicos. En este sentido, se propone una disposición innata al desarrollo con cambios dinámicos en interacción con el ambiente.
- El tiempo de duración de las intervenciones psicoterapéuticas debe considerarse en relación con la capacidad que el adolescente tenga para trabajar (concentración, motivación, deterioro, etc.).
- Probablemente, se requiera partir por actividades grupales que permitan ir motivando y dando confianza al individuo en las distintas técnicas que se utilicen (intervenciones más bien psicoeducativas), o bien, intervenciones que se aproximen al sujeto a partir de una realidad distinta a la del lenguaje, que requiere de una estructura mental más organizada para el trabajo, como por ejemplo la realidad sensorial o la realidad lúdica o de juego social.

<sup>58</sup> (Maturana, 2004).

<sup>59</sup> Arguello, G. Cynthia y Alvarado B. M., Elena. "Revisión de Evidencia del tratamiento de Drogas en población adolescente infractora de ley". U. de Chile, 2007.

- El objetivo fundamental es acompañar, inducir y reforzar su proceso de maduración, desarrollando sus propios recursos personales y relacionales, aportándoles los necesarios para la consecución de su proyecto de realización personal.

A través de sus experiencias va desarrollando patrones de percepción y conducta respecto a su relación con el mundo. Estos esquemas poseen un contenido, los que serían creencias o reglas sobre cómo están relacionados los hechos, que al ser erróneas, inflexibles o extremas generarían disfuncionalidad en el adolescente.

Estas representaciones del sí mismo y del mundo tienen en el adolescente un significado afectivo que englobaría a las “*actitudes*”, “*sentimientos*” y “*motivación*” ante la experiencia, en directa relación con la dirección y fuerza de la conducta; las preferencias, las necesidades y los deseos como individuo (Maturana, 2).

#### - PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La evidencia en población general señala como efectivas<sup>60</sup>:

- La psicoterapia expresiva de apoyo con nivel de evidencia 2, grado de recomendación B.
- La psicoterapia interpersonal con nivel de evidencia 2, grado de recomendación B.
- la terapia cognitivo-conductual con nivel de evidencia 1, grado de recomendación A.

A través de la terapia psicológica individual, se pretende que el sujeto descubra, reconozca y modifique los pensamientos, sentimientos y acciones de los que surgen algunos de sus problemas (emocionales, conductuales y sociales), con el fin de favorecer su desarrollo biopsicosocial que le permita obtener un mayor control de su vida.

#### OBJETIVOS:

- Favorecer el desarrollo integral del sujeto.
- Descubrir, reconocer y modificar los pensamientos, sentimientos y acciones que le generan los problemas.
- Lograr un mayor conocimiento de sí mismo (identidad).
- Definir su identidad personal y social.

<sup>60</sup> Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en Menores de 20 Años. Serie Guías Clínicas, MINSAL N° 53, 2007.

La consolidación es el momento en el que la psicoterapia adquiere fuerza, pues los procesos internos y relacionales ya comienzan a ponerse en juego, con lo cual el clínico puede tomar una actitud menos directiva y gradual en cuanto a su propio quehacer.

#### - ALIANZA TERAPÉUTICA

Se mantiene el fortalecimiento de una alianza terapéutica que permita el desarrollo de un proceso terapéutico propiamente tal. En este momento se establecen las bases seguras para que el adolescente pueda continuar el camino a la abstinencia con mayor fuerza y constancia. Esto se ve potenciado con la alianza de mayor seguridad que ha establecido el equipo hacia el adolescente en etapas anteriores.

#### - ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES

- Se recomienda mantener las estrategias motivacionales planteadas en fases anteriores estableciendo y revisando la pertinencia de éstas, reelaborando nuevas; siempre en la línea del conocimiento de las reales necesidades y prioridades del adolescente: por ejemplo: pololeos, estudios, nuevas amistades, etc.
- Se sugiere mantener la elaboración y cuantificación de metas en conjunto.
- La percepción del cambio es otro elemento a mantener con el joven. Principalmente a través de su propia creencia -en donde se van incorporando las nuevas experiencias- evaluando la percepción de cambio que él tiene sobre sí mismo y la que tiene sobre algunos de sus pares.

#### - TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

- Tratamiento psicofarmacológico. Se mantienen las indicaciones señaladas en etapas anteriores, reevaluando dosis, adherencia, presencia de efectos colaterales y pertinencia de esta intervención en esta fase. Las intervenciones farmacológicas deben estar siempre visadas por la opinión médica capacitada o especializada, ya sea a través de la evaluación directa o mediante la supervisión clínica psiquiátrica (ver anexo psicofármacos).
- Tratamiento de trastorno de salud mental. Se mantienen las indicaciones que permiten la compensación de los cuadros comórbidos diagnosticados en etapas previas. Reevaluando tanto tratamientos farmacológicos (signos de recuperación clínica, presencia de efectos colaterales, tomando niveles de medicamentos en la sangre, etc.) como aquéllos que no lo son. Se debe evaluar la pertinencia de mantener este tratamiento o la posibilidad de suspenderlo, de acuerdo a la decisión clínica. Las suspensiones o ceses de tratamientos farmacológicos deben estar visadas por la opinión médica capacitada o especializada.

#### - TUTORÍA O CONSEJERÍA

Está a cargo del o los tutores o tratantes o referente técnico, que trabajan directamente con el adolescente y su familia o figura vincular, a través de consultas de salud mental.

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

- En las tutorías se procede a apoyar el diseño, seguimiento y evaluación del proyecto terapéutico integral (PITI).
- Es un espacio privilegiado de reflexión, análisis y evaluación del proyecto terapéutico integral, individualizado.
- Durante las tutorías se contrasta información, se marcan objetivos y se realiza una programación individual.
- Este espacio de atención individual está, asimismo, orientado a generar implicación y motivación al sujeto en su proyecto educativo, demostrándole apoyo y refuerzo respecto de sus logros.
- Se realizan con una frecuencia semanal o quincenal según los casos.

#### **OBJETIVOS:**

- Crear un espacio de reflexión, análisis y evaluación (PITI).
- Realizar una reflexión personal estructurada.
- Contrastar información.
- Programar y evaluar los objetivos del PITI.
- Programar individualmente.
- Simular situaciones problemáticas o de riesgo.
- Llamar la atención del sujeto respecto de sus dificultades de logro.
- Conocer las inquietudes y expectativas del sujeto.
- Escuchar las preocupaciones, dudas, etc. respecto a su PITI.
- Implicar-motivar-reforzar al individuo en su proyecto integral.

#### **b) Intervenciones comunitarias**

- **Ámbito escolar:** intervenciones psicopedagógicas, nivelación y apresto escolar (clases), refuerzo escolar, actividades de orientación a la capacitación e inserción laboral.

La mayoría de estas intervenciones que corresponden al ámbito psicosocial, deben ser trabajadas en complemento con el equipo clínico, especialmente en lo que se refiere a la rehabilitación psicopedagógica.

Por lo tanto, se recomienda que ambos equipos, tanto el clínico como el psicosocial puedan complementarse de modo de evitar la sobreintervención. Esto tiene una gran importancia en el ámbito privativo de libertad, pues son intervenciones que le corresponderían a la escuela pero manteniendo la estrecha coordinación con los que realizan la intervención clínica, es decir, con el equipo de salud mental y drogas.

- **Intervenciones recreativas y culturales:** actividades culturales y de ocio.
- Al igual que las actividades educativas, deben ser realizadas en estrecha vinculación con los equipos dispositivos o tutores del ámbito psicosocial.

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

- Esta actividad va dirigida a conseguir la autonomía del adolescente en la gestión de las salidas y/o en ampliar sus aficiones.
- Estas salidas en espacio ambulatorio, se caracterizan por su variedad en el componente lúdico y/o cultural.

#### **OBJETIVOS:**

- Trabajar las habilidades sociales y de comunicación.
- Conocer otras alternativas de ocio saludables.
- Conocer la oferta cultural y de ocio del entorno más cercano.
- Aprender a controlar situaciones de riesgo mediante la ayuda del educador.
- Aprender a gestionar el dinero.
- Aprender a gestionar el tiempo de ocio.
- Aprender a evaluar la satisfacción-no satisfacción en el ámbito del ocio.
- **Actividades deportivas:** Estas actividades pueden realizarse, tanto en el ámbito individual como grupal. Al igual que las anteriores, deben coordinarse con los respectivos equipos psicosociales de intervención, pues la mayor parte de las veces son intervenciones propias de estos ámbitos.

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

- Las actividades deportivas tienen como finalidad el desarrollo de la salud física y mental.
- El deporte es, además, generador de hábitos saludables y buenas prácticas sociales, siendo importante que los niños, niñas y adolescentes lo identifiquen como un factor de protección frente al consumo de sustancias tóxicas.

#### **OBJETIVOS:**

- Conocer otras alternativas de ocio y tiempo libre saludables.

- Mantener hábitos de higiene y buena salud física.
- Establecer otro tipo de relaciones en espacios recreativos y saludables.
- Gestionar su propio deporte.
- Disfrutar del deporte y del trabajo en conjunto.
- **Intervenciones de capacitación:** Una gran cantidad de ellas está incluida en el trabajo psicosocial, especialmente si se plantea el contexto privativo de libertad en el plan integral diseñado para cada uno de los adolescentes a través de talleres SENCE, siendo la mayoría de ellas de carácter grupal.

#### **-ACTIVIDADES OCUPACIONALES**

##### **FUNDAMENTACIÓN:**

Las actividades ocupacionales son imprescindibles, especialmente en adolescentes que se presentan la mayoría de las veces muy desestructurados, sin hábitos y con muy poca motivación.

##### **OBJETIVOS:**

- En un primer momento las actividades ocupacionales sirven para contener al sujeto, manteniéndolo ocupado e implicado.
- Por otro lado, están orientadas a la preparación para la reinserción sociolaboral.
- Aprender a planificar, organizar y desarrollar su trabajo (tiempo, espacio, herramientas).
- Responsabilizarse de todo el proceso relacionado con el trabajo.
- Aprender a tener un comportamiento adecuado durante el trabajo.
- Valorar sus potencialidades y limitaciones.

##### **ACTIVIDADES:**

- Ejercer la contención metodológica.
- Interiorizar las normas básicas de convivencia social a través del trabajo en grupo.
- Trabajar el autoconocimiento, el autocontrol y la autonomía.
- Aprender metodologías, procesos y procedimientos.
- Conocer la dimensión cultural y social de una actividad ocupacional/profesional.
- Generar una concepción estructurada del tiempo y de su uso.

- Adquirir hábitos relacionados con el trabajo y la formación.
- Desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
- Ofrecer alternativas ocupacionales que le puedan orientar hacia un futuro formativo y profesional.
- Reconocer las propias cualidades y potencialidades en el trabajo.

#### - *Los talleres ocupacionales*

##### **FUNDAMENTACIÓN:**

- Los talleres ocupacionales equivaldrían a las materias de educación artística y física, y a las actividades extraescolares de la educación formal.
- Se trabajan habilidades personales (psicomotricidad, habilidades y destrezas manuales, cognitivas, conductuales, afectivas, creativas), habilidades de estudio (concentración), valores asociados al trabajo (responsabilidad, tolerancia a la frustración, constancia) y alternativas para el buen uso del ocio.

##### **OBJETIVOS:**

- Complementar la formación del sujeto a través de actividades manuales, artísticas; así como fomentar hábitos de trabajo.
- Desarrollo de la creatividad.
  - Ofrecer a los chicos y chicas alternativas de ocio y tiempo libre.
  - Exploración y desarrollo de las destrezas psicomotrices, a través de actividades manuales, artísticas, etc.
  - Fomentar las relaciones interpersonales y el control emocional.

#### **c) *Intervenciones grupales***

La necesidad para el adolescente de estar en grupo responde a exigencias educativas, sociales y psicológicas individuales. En efecto, los grupos son un medio de intercambio de diferentes informaciones que cada uno puede haber recogido en situaciones familiares personales, actividades de ocio o intereses individuales que él ha tenido la ocasión de transmitir a sus pares. Además, el grupo permite al adolescente sentirse integrado en la sociedad y más particularmente a la clase de edad que caracteriza esta sociedad.

Desde el punto de vista psicológico o intrapsíquico individual, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el ideal del yo, constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser. El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental, sirviendo como refugio del mundo adulto en el que pueden explorarse una gran cantidad de papeles.

La relación individual con el paciente y el diagnóstico (individual y grupal; sincrónico y diacrónico) deben preceder a la psicoterapia grupal. Asimismo, se requiere el conocimiento teórico-práctico de la psicopatología y comorbilidad de la patología a tratar, y la formación, entrenamiento y supervisión previa de los profesionales para el trabajo grupal, en consonancia con el tipo de grupo a realizar.

En este grupo en particular -adolescentes infractores de ley- es necesario plantear que la transgresión a la ley y el consumo de sustancias, pueden tener sentidos y significados en la dimensión grupal, como parte de la construcción de identidad, de la sobrevivencia, en contextos de exclusión y marginalidad social; o en la identidad territorial, es decir, la pertenencia a grupo de pares barriales.

La calle tiene una significación importante en esta construcción de identidad grupal, que se da paulatinamente, la mayoría de las veces, desde el contexto familiar y escolar a la vida de calle, en la búsqueda de identidad y pertenencia depositadas en el grupo de pares.

### **Intervenciones grupales recomendadas**

#### **- Psicoterapia grupal**

Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y objetivos de tratamiento. Las dimensiones recreativo-deportiva, educativa y vincular deberían estar presentes en estas intervenciones dirigidas a adolescentes.

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

Ofrecer un espacio terapéutico grupal donde se favorezca la interiorización de la autoayuda, la cohesión grupal y el desarrollo de la empatía.

Las terapias grupales se deberían organizar en relación con ciertas temáticas tales como: integración social, habilidades sociales, de comunicación y de expresión de emociones, desarrollo de autoestima y autoeficacia, y prevención de recaídas.

#### **OBJETIVOS:**

- Favorecer la cohesión de grupo.
- Desarrollar la empatía.
- Fomentar la autoayuda.
- Adquirir habilidades sociales básicas.
- Utilizar habilidades sociales básicas.
- Adquirir habilidades básicas de comunicación.
- Adquirir habilidades básicas de conversación.



- Aprender a comportarse asertivamente.
- Manejar habilidades de relación heterosocial.
- Aprender habilidades de autoevaluación.
- Identificar situaciones, pensamientos y estados emocionales de riesgo para el consumo.
- Aprender estrategias de afrontamiento emocionales, cognitivas y conductuales.

#### CONFORMACIÓN DE GRUPOS

Grupos homogéneos en cuanto a: edad, intereses, variable criminológica, sexo.

#### CONTENIDOS DEL TRABAJO GRUPAL

- Identidad y competencias.
- Desarrollo de la empatía.
- Resolución no violenta de conflictos.
- Prevención de recaídas.
- Autocuidado físico y mental, incorporación de pautas de promoción de la salud, alimentación, hábitos de sueño, estéticos, higiénicos.
- Relaciones con pares, padres, parejas u otros significativos.

#### NÚMERO DE PROFESIONALES

Es necesario que este espacio sea coordinado por dos profesionales del equipo.

#### VARIABLES SOCIOCULTURALES DE GÉNERO

El objetivo es generar procesos grupales con los adolescentes, en los cuales se trabajen las construcciones socioculturales de género, adolescente, madre, padre; a través del relato de vivencias o de actividades diversas. Solamente dando pie a la emergencia del discurso, sin interpretaciones.

#### VARIABLE MOTIVACIONAL

La relevancia del trabajo grupal radica en el desarrollo de procesos motivacionales, vinculares y de habituación, especialmente indicados en las intervenciones de terapia ocupacional.

La experiencia dice que las técnicas lúdicas, recreativas, culturales y deportivas favorecen la motivación y adherencia.

## d) *Intervención familiar*

### CONSIDERACIONES GENERALES

- Los conflictos parentofiliales o maritales crónicos y la calidad de las relaciones de la temprana infancia aparecen altamente relacionados con los problemas de consumo abusivo de drogas.
- De toda la información obtenida en cuanto a conformación y funcionamiento de las familias, es interesante destacar que los cuidados y protección de los jóvenes en sus edades tempranas fueron aparentemente ineficaces, constituyéndose patrones de apego inseguros, evitativos o ambivalentes y desorganizados.
- Las familias no han logrado cumplir su rol facilitador de desarrollo; al contrario, han detenido su paso a etapas de mayor funcionamiento. A este respecto, el enfoque familiar nos entrega con mayor profundidad información relacionada con las tareas del desarrollo de las familias cuyos miembros deben estar emocionalmente apegados, antes de poder desarrollar habilidades de comunicación y la resolución conjunta de conflictos.
- Se observan cuadros familiares caracterizados por progenitores que no ejercen cuidados o han abandonado a los hijos de una manera disimulada, es decir, no los han dejado solos pero no ejercen ningún rol parental activo. Muchos de los padres y madres funcionan como hijos de sus hijos, siendo éstos quienes muchas veces los proveen económicamente.
- Las disfunciones familiares en contextos de exclusión adquieren expresiones más dramáticas, intensas o graves; por ejemplo, se ha observado que en algunos casos las madres realizan actividades de cuidado de hijos de 15 años, como bañarlos o darles de comer, dormir con ellos; por lo tanto, no han logrado pasar etapas y facilitar el desarrollo adolescente. Así también, se puede visualizar la parentalización en contextos de exclusión, donde muchas veces la familia transfiere el rol de proveedor al hijo mayor, aun cuando éste no cuente con los recursos emocionales necesarios. Este hijo delinque y recurre a estrategias de sobrevivencia que vulneran sus derechos y, muchas veces, los derechos de terceros. También se observa que el asumir roles proveedores otorga un gran poder de decisión dentro de las familias.
- La mayoría de los equipos reconoce tener dificultades para incluir a la familia, por una parte porque en esta etapa del desarrollo, ellas y los adolescentes necesitan generar independencia, pero en muchas de las familias atendidas existe un quiebre que les impide conectarse con las necesidades de sus hijos e hijas. Por otro lado, los equipos hacen una “alianza” que suele excluir, y a veces negar la importancia de la familia en un proceso terapéutico; sin embargo, hemos observado un mejor pronóstico cuando la participación de la familia facilita el desarrollo del joven.

## INTERVENCIONES FAMILIARES RECOMENDADAS

### - *Psicoterapia familiar y/o de pareja*

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

Este tipo de terapia -con evidencia nivel 1 y grado de recomendación A- centra su actuación en el asesoramiento, intervención y tratamiento de familias o parejas que lo necesiten. En las familias con adolescentes usuarios de sustancias no se busca la separación física y se trabaja especialmente en que los padres ejerzan mecanismos de control sobre el hijo, reforzando límites y jerarquías.

#### **OBJETIVOS:**

Orientar y ayudar a solucionar las situaciones de conflicto o crisis por las que pasa la pareja y/o la familia.

- **Áreas de actuación:**
  - Crisis conyugal o de pareja.
  - Conflictos asociados a la ruptura de la convivencia.
  - Crisis paternofiliales.
  - Crisis de la familia extensa.
  - Problemas de comunicación.
  - Violencia intrafamiliar, maltrato.
  - Reparación.
  
- **Niveles de actuación:**
  - **Nivel terapéutico:** elaborar nuevas pautas funcionales en la dinámica del sistema familiar y de la pareja.
  - **Nivel educativo:** necesidad de una formación sistematizada y planificada de los padres y los hijos para prevenir la aparición de problemas.
  - **Nivel de asesoramiento:** potenciar las capacidades básicas del sistema familiar y de pareja para adecuarlas a las necesidades de cada ciclo vital.
  
- **Intervención psicosocial con familias:**
  - Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades.
  - Actividades de rehabilitación social y laboral.
  - Entrenamiento en comportamientos de autoayuda.
  - Motivación para la participación en grupos de la comunidad.

La dimensión recreativo-deportiva, educativa y vincular deberían estar presentes en estas intervenciones.

Dirigido a padres y/o madres, figura vincular significativa, familia nuclear o extendida.

#### **CAPACITACIÓN EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS FAMILIARES**

Es necesario que en este momento del tratamiento se siga sosteniendo y reforzando la adherencia; también es necesario anticipar y tratar las crisis familiares que puedan obstaculizar el proceso de tratamiento.

#### **PROBLEMATIZACIÓN**

En esta fase la familia problematiza el consumo en el contexto de la adolescencia desde sus propias explicaciones, relacionándolas con aquellas entregadas por el equipo, construyendo en conjunto las explicaciones y soluciones del problema.

#### **DESARROLLO DE COMPETENCIAS**

Se recomienda fortalecer aquellas competencias de la familia que faciliten el desarrollo del adolescente, además es importante promover el desarrollo de habilidades en resolución de conflictos y otros problemas que la familia ha señalado como relevantes.

#### **ANTICIPAR SITUACIONES DE RIESGO**

Se facilitan las conversaciones que permitan a la familia autoevaluarse y descubrir las situaciones de riesgo, tanto para el adolescente como para todo el grupo familiar.

Búsqueda activa de redes de bienestar social.

Es importante promover que la familia se movilice y acceda a las redes de servicios de salud, educación, y se vincule a las redes de su comunidad.

#### **TIEMPO FLEXIBLE**

Las intervenciones no tienen un tiempo de duración preestablecido; se recomienda que tanto la duración de las sesiones como, en general, el logro de los objetivos terapéuticos sea flexible, considerando las características de cada familia.

#### **ESPACIOS GRUPALES DE TRABAJO CON LA FAMILIA**

Las intervenciones grupales con familias permiten que se apoyen entre ellas y descubran la existencia de otros grupos familiares que comparten un problema, además de favorecer la adherencia a tratamiento.

#### **CONTENIDO:**

- Dinámica familiar.
- Reparación del vínculo.
- Resolución de conflictos.
- Comprensión etapa del desarrollo.
- Estilos de crianza.
- Psicoeducación.

#### **MEDIO PRIVATIVO**

- Realizar las intervenciones fuera del espacio de visita, espacio terapéutico. Complementariedad con la intervención psicosocial.
- Definir “privilegios” en esta etapa del proceso para la familia (protocolo con gendarmería).

#### **e) Intervenciones comunitarias**

Estas intervenciones estarán hechas principalmente por los equipos psicosociales, con quienes los equipos clínicos deberán coordinarse y reforzar aspectos que incidan directamente en la consecución del tratamiento y adherencia a éste.

- Visitas familiares.
- Acompañamiento familiar.
- Desarrollo y vinculación familiar.
- Capacitación en la resolución de conflictos familiares.

#### **OBJETIVOS:**

- Conocer a la familia.
- Pautas relacionales entre los miembros del sistema familiar.
- Posicionamiento respecto de las drogas.
- Posicionamiento respecto de los actos transgresores.
- Intercambiar información sobre la situación, comportamiento y estado general de su hijo/a, así como el origen de sus problemas.
- Conocer las expectativas de la familia respecto del futuro de su hijo/a.
- Implicar y responsabilizar a la familia en su proceso.
- Observar y analizar el tipo de relación que se establece entre familiares-usuario durante la visita o el encuentro con el equipo.
- Analizar la reacción del adolescente antes de la visita y las consecuencias de la misma.
- Evaluar conjuntamente con la familia el encuentro.

**Visita de salud mental domiciliaria:** realizada por el equipo psicosocial, en que idealmente se sugeriría su realización, en compañía de un miembro del equipo clínico.

**Las actividades a realizar que se sugieren:** evaluación y diagnóstico social y familiar, psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente y/o familia.

**Dirigido a:** familiares, cuidadores, figura vincular significativa.

### 6.4.3. ETAPA DE RESOLUCIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

#### DEFINICIÓN

En esta última etapa se trabaja con el adolescente la “preparación para la salida del tratamiento”, por lo tanto, es necesario realizar :

- Una re-valoración de los logros terapéuticos y psicosociales alcanzados.
- Avanzar en los aspectos socio ocupacionales que le permitirán al adolescente integrarse a una vida “normalizada” que le proporcione las oportunidades necesarias para su pleno desarrollo.

Esta última etapa del programa de tratamiento y rehabilitación en drogas es considerada como el **primer paso de la transición hacia la integración social** de un adolescente que ha presentado un problema de consumo.

Se trata de un tránsito desde una situación “protegida” y sujeta a una serie de normas y compromisos, a otra cuyo propósito final es lograr la autonomía y la funcionalidad del sujeto, en sus distintos ámbitos de desempeño, para lo cual es necesario entrenar y facilitar el desarrollo de destrezas sociales que faciliten la integración con posterioridad al alta terapéutica.

#### DURACIÓN 3 MESES

#### ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL

El término de **exclusión social**<sup>61</sup> “es reciente y es utilizado con la idea de ampliar el marco de análisis tradicional que se basa en el concepto de pobreza que era considerada mentalmente como carencia o insuficiencia de recursos. Cuando hablamos de exclusión consideramos que el problema no es sólo material, sino de múltiple deprivación, resultado de una falta de oportunidades personales, sociales, políticas y económicas”.

De este modo, se encuentran múltiples definiciones de exclusión social en el sentido de procesos que restringen o niegan la participación de las personas en la sociedad. El consejo económico y social articula una de las definiciones más completas: “**El concepto de exclusión social** engloba las causas y efectos de la pobreza y permite, además, designar los procesos, situaciones y mecanismos en función de los cuales una parte de la población, personas, grupos o territorios, quedan al margen de la participación en la vida social y económica”.

**El término integración** “es un proceso con diferentes niveles de intensidad y sólo se puede hablar de ella cuando se cumplen los requisitos de participación

61 Programa de Integración Socio Ocupacional de personas drogodependientes. CONACE: “Abriendo Puertas”.

plena en la vida social, económica y política en la sociedad en la que el usuario y su familia viven.

Es un concepto interactivo que implica cambios mutuos por parte de ambos, el adolescente y la sociedad; el primero modifica aspectos pero también lo hace su entorno, que trata de acomodarse a sus necesidades específicas, a su idiosincrasia y que tiene en cuenta las variables estructurales, y por lo tanto sociales, que están en el origen y en el momento presente de la situación de exclusión que éste sufre. Por lo tanto, no se centra únicamente en la modificación de aspectos de la persona, sino que reconoce como imprescindible la necesidad de realizar modificaciones en el entorno”.

Lo primero a considerar para diseñar iniciativas o propuestas que fomenten la integración social de los adolescentes infractores con consumo problemático de drogas, es definir la exclusión social en la que se encuentran.

Un aspecto a considerar es la dependencia a una o varias sustancias durante un largo período de tiempo y puede ser vista como una causa o consecuencia de la exclusión social en la que se encuentran adolescentes del programa. Esto produce una gran pérdida de sus capacidades y detiene su proceso de desarrollo, facilitando la manifestación de conductas transgresoras o contraculturales que dificultan su integración socio ocupacional.

Por otra parte, el que un adolescente se encuentre inserto en el sistema judicial, especialmente en el medio privativo de libertad, indica que han fallado múltiples factores de protección a nivel individual, familiar y contexto sociocultural. Por lo tanto, se rescata desde la práctica lo siguiente:

- Es necesario abordar estos factores desde el inicio del programa de tratamiento hasta el período de seguimiento posegreso o alta terapéutica, con el fin de habilitar y fortalecer -de acuerdo a la realidad de cada adolescente- sus capacidades y las de su entorno social y familiar, lo que permitirá hacer posible el proceso inserción social.
- Las acciones que se lleven a cabo deben estar destinadas fundamentalmente a reforzar las capacidades que el adolescente ya posee y no sus carencias, aunque no se debe desestimar el trabajo dirigido a modificar determinadas debilidades y dificultades que éste presente, dando vida al principio de maximizar los éxitos y disminuir los fracasos.
- La intervención destinada a la integración socio ocupacional debe estar *diferenciada de la psicoterapéutica, pero en estrecha complementariedad*, con el fin de no superponer actuaciones y delimitar de forma clara las funciones que debe realizar cada profesional del equipo. El programa se regirá entonces, por el principio de complementariedad y trabajo inter- y multidisciplinario, si bien en cada etapa del tratamiento se deben incluir actividades de integración de acuerdo al perfil de cada adolescente.

- Es importante recordar que la tarea de la integración social de estos adolescentes es una responsabilidad compartida por diversos actores y equipos de la redes de adolescencia y del Estado. Uno de ellos es el equipo psicosocial de SENAME, que trabaja con el Modelo Socioeducativo de Intervención<sup>62</sup> basado en cuatro ejes: *habilitación, responsabilización, reparación del adolescente, proceso para la integración social*. Por lo tanto, mientras dura la sanción principal del adolescente, serán los encargados de intervenir en esta materia en coordinación con el equipo clínico de drogas.

El que estén privados de libertad, tiene especial incidencia en la reinserción social de los y las jóvenes, debido a que para adaptarse a las condiciones intramuros, en muchas oportunidades desarrollan un conjunto de estrategias cercanas a lo que, entre los adultos privados de libertad, se identifica con una “subcultura carcelaria”, que incluye aprendizajes y comportamientos que a la hora de egresar del centro no son compatibles con la vida social y todas sus implicancias normativas<sup>63</sup>.

#### CONTENIDOS FUNDAMENTALES A TRABAJAR

- Diseñar un itinerario de integración individualizado.
- Trabajar el despegue progresivo del tratamiento o del espacio institucional.
- Sostener y ampliar la red de apoyo social.
- Evaluar la necesidad de recibir otro tipo de ayuda individual o familiar.
- Prevenir posibles recaídas.
- Preparar al usuario para el egreso de la modalidad de tratamiento y rehabilitación de drogas, y coordinar su traslado a una modalidad de seguimiento.
- Preparar al usuario para el egreso definitivo del PITI y coordinar su ingreso a intervención psicosocial exclusiva, o bien, a la vida “normalizada”.

#### ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Es relevante evaluar todas las áreas relacionadas con la integración social, no sólo desde el déficit, sino también desde las capacidades, lo que permitirá trabajar las potencialidades del adolescente y su familia durante esta etapa.

Es muy importante identificar todas las posibles redes individuales y comunitarias del adolescente y su familia, para su desarrollo durante todo el tratamiento. Esto principalmente en el contexto privativo de libertad, de manera de reducir

62 SENAME, Sistema Nacional de Atención Socioeducativo para Adolescentes Infractores de Ley, Período 2006 - 2010.

63 Orientaciones Técnicas para Programa de Apoyo a la Reinserción Social de Adolescentes Ingresados a Secciones de Menores. Santiago, 2003. Departamento Derechos y Responsabilidad Juvenil, SENAME.



el impacto del aislamiento social (prisionización) producto de esta medida judicial, y favorecer el proceso de integración.

#### **a) Intervenciones educativas**

- Intervenciones psicopedagógicas.
- Nivelación y apresto escolar (clases).
- Reinserción escolar (en la comunidad).
- Refuerzo escolar.
- Actividades de orientación a la capacitación e inserción laboral.

Estas intervenciones, que corresponden al ámbito psicosocial -la mayoría de ellas-, deben ser trabajadas en complemento con el equipo psicosocial de SENAME, especialmente en lo que se refiere a la rehabilitación psicopedagógica.

Por lo tanto se recomienda que ambos equipos, tanto el clínico como el psicosocial puedan complementarse, de modo de evitar la sobreintervención. Esto tiene una gran importancia en el ámbito privativo de libertad, pues son intervenciones que le corresponderían a la escuela, pero manteniendo la estrecha coordinación con los que realizan la intervención clínica, es decir, el equipo de salud mental y drogas.

#### **b) Intervenciones recreativas y culturales: actividades culturales y de ocio**

Al igual que las actividades educativas, éstas deben ser realizadas en estrecha vinculación con los equipos dispositivos o tutores del ámbito psicosocial o socioeducativo de SENAME y en espacios comunitarios.

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

Esta actividad va dirigida a conseguir la autonomía del chico o chica en la gestión de las salidas y/o en ampliar sus aficiones. Estas salidas, en espacio ambulatorio, se caracterizan por su variedad en el componente lúdico y/o cultural.

#### **OBJETIVOS:**

- Trabajar las habilidades sociales y de comunicación.
- Conocer otras alternativas de ocio saludables.
- Conocer la oferta cultural y de ocio del entorno más cercano.
- Aprender a controlar situaciones de riesgo en la comunidad mediante la ayuda del educador.
- Aprender a gestionar el dinero.

- Aprender a gestionar el tiempo de ocio en su hogar y comunidad.
- Aprender a evaluar la satisfacción-no satisfacción en el ámbito del ocio.

- **Actividades deportivas:** Estas actividades pueden realizarse tanto en forma individual como grupal. Al igual que las anteriores deben coordinarse con los respectivos equipos psicosociales de intervención, pues la mayor parte de las veces, son intervenciones propias de estos ámbitos.

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

- Las actividades deportivas tienen como finalidad el desarrollo de la salud física y mental del adolescente.
- El deporte es, además, generador de hábitos saludables y buenas prácticas sociales, siendo importante que los niños, niñas y adolescentes lo identifiquen como un factor de protección frente al consumo de sustancias tóxicas.

#### **OBJETIVOS:**

- Conocer otras alternativas de ocio y tiempo libre saludables en la comunidad.
- Mantener hábitos de higiene y buena salud física.
- Establecer otro tipo de relaciones en espacios recreativos y saludables fuera del centro de tratamiento.
- Gestionar su propio deporte.
- Disfrutar del deporte y del trabajo en conjunto.

#### **c) Intervenciones de capacitación:**

Una gran cantidad de ellas está incluida en el trabajo psicosocial, especialmente si se plantea el contexto privativo de libertad en el plan integral diseñado para cada uno de los adolescentes a través de talleres SENCE, siendo la mayoría de ellas de carácter grupal.

#### **- ACTIVIDADES OCUPACIONALES**

#### **FUNDAMENTACIÓN:**

Las actividades ocupacionales son imprescindibles, especialmente en adolescentes que se presentan la mayoría de las veces muy desestructurados, sin hábitos y con muy poca motivación. Estas actividades deben ser realizadas en los espacios comunitarios habituales y con otros adolescentes con o sin problemas de drogas y con o sin problemas judiciales.

#### OBJETIVOS:

- En un primer momento las actividades ocupacionales sirven para contener al sujeto, manteniéndolo ocupado e implicado.
- Por otro lado, están orientadas a la preparación para la reinserción sociolaboral.

#### LOS PUNTOS CENTRALES A OBTENER EN ESTAS ACTIVIDADES SON:

- Aprender a planificar, organizar y desarrollar su trabajo (tiempo, espacio, herramientas).
- Responsabilizarse de todo el proceso relacionado con el trabajo.
- Aprender a tener un comportamiento adecuado durante el trabajo.
- Valorar sus potencialidades y limitaciones.

#### ACTIVIDADES:

- Interiorizar las normas básicas de convivencia social a través del trabajo en grupo.
- Trabajar el autoconocimiento, el autocontrol y la autonomía.
- Aprender metodologías, procesos y procedimientos.
- Conocer la dimensión cultural y social de una actividad ocupacional/profesional.
- Generar una concepción estructurada del tiempo y de su uso.
- Adquirir hábitos relacionados con el trabajo y la formación.
- Desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
- Ofrecer alternativas ocupacionales que le puedan orientar hacia un futuro formativo y profesional.
- Reconocer las propias cualidades y potencialidades en el trabajo.

#### - *Los talleres ocupacionales*

#### FUNDAMENTACIÓN:

- Los talleres ocupacionales equivaldrían a las materias de educación artística y física, y a las actividades extraescolares de la educación formal.
- Se trabajan habilidades personales (psicomotricidad, habilidades y destrezas manuales, cognitivas, conductuales, afectivas, creativas), habilidades de estudio (concentración), valores asociados al trabajo (responsabilidad, tolerancia a la frustración, constancia) y alternativas para el buen uso del ocio.

#### OBJETIVOS:

- Complementar la formación del sujeto a través de actividades manuales, artísticas; así como fomentar hábitos de trabajo.
- Desarrollo de la creatividad.
- Ofrecer a los chicos y chicas alternativas de ocio y tiempo libre.
- Exploración y desarrollo de las destrezas psicomotrices, a través de actividades manuales, artísticas, etc.
- Fomentar las relaciones interpersonales y el control emocional.

#### 6.5. Plan de egreso

Finalizada la etapa de resolución e integración social, y una vez cumplidos los objetivos terapéuticos, se debe dar inicio al plan de egreso.

Los objetivos para este proceso son:

1. Trabajar progresivamente la autonomía e independencia del tratamiento y del programa de asistencia clínica.
2. Trabajar la prevención de recaídas.
3. Evaluar la necesidad de recibir otro tipo de ayuda individual o familiar.
4. Coordinar con el equipo psicosocial el acompañamiento como parte del proceso de intervención e integración social y educacional.
5. Proyectar en la realidad cotidiana el proyecto de vida formulado con anterioridad y trabajado durante todo el proceso de intervención.

#### CON LO ANTERIOR, SE ESPERA PREPARAR AL ADOLESCENTE PARA:

1. La reinserción social, que puede implicar su continuación en algún programa psicosocial de SENAME<sup>64</sup>.
2. La derivación a otro espacio terapéutico, como equipo de salud mental y drogas ambulatorio de la red de salud.
3. El término definitivo de la intervención terapéutica.

Su elaboración se realiza con el adolescente, la familia o el adulto prosocial y el equipo del SENAME, y considerando el lugar final de residencia del adolescente al egreso.

<sup>64</sup> En medio privativo de libertad, la reinserción tiene peculiaridades asociadas al acceso a educación, trabajo o formación para la ocupación a futuro, las que deben ser resueltas dentro de este contexto.

En esta fase, al igual que en el paso de cada etapa a la siguiente, es importante evaluar los indicadores de tratamiento, de manera de observar el nivel de logro en cada uno y los aspectos de ellos que aún deben ser trabajados por el adolescente, en lo que puede requerir apoyo de otra instancia (educación, salud, trabajo, etc.). Los indicadores a evaluar son:

1. Patrón de consumo.
2. Relaciones familiares.
3. Relaciones con pares.
4. Redes de apoyo.
5. Salud física y mental.
6. Condiciones para la integración social.
7. Conflictos con la justicia.

Esta etapa se desarrolla a través del trabajo con el adolescente en las dificultades que puedan surgir (miedos, búsqueda de amistades, conocimiento de recursos, etc.) al egresar del programa de tratamiento, de manera de potenciar y fortalecer la autonomía e independencia del usuario, tanto respecto al equipo de clínico como en las demás áreas de su vida.

Asimismo, es muy relevante la coordinación con el equipo SENAME si continúa la intervención, debido a que se mantiene la sanción principal o con otro equipo si ocurre una derivación, de manera que éste sea quien realice el seguimiento, facilitando la mantención de los logros terapéuticos y contribuyendo a la prevención de recaídas.

### **6.6. Etapa de seguimiento**

Luego del egreso del plan de tratamiento, al igual que en cualquier programa de salud mental, se debe establecer consensuadamente con el adolescente, su familia y equipo psicosocial un plan de seguimiento, es decir, controles y contactos planificados posteriores al alta.

Este plan de tratamiento debe incluir las siguientes intervenciones:

1. Consultas de salud mental individuales y/o familiares.
2. Intervenciones psicosociales grupales.
3. Visitas de salud mental (domiciliarias, escolares y/o laborales).
4. Consultas psicológicas.

Es muy relevante que el adolescente y la familia sientan que en esta etapa pueden recurrir, frente a una recaída, al equipo de salud mental y drogas más cercano a su domicilio.

Es importante considerar que si el adolescente presenta otro trastorno de salud mental, debe continuar en tratamiento o bajo control. Si el joven se encuentra cumpliendo sanción en medio privativo de libertad, será el mismo equipo intensivo quien realice este trabajo. Si la sanción se está cumpliendo en medio libre o ya ha terminado, el adolescente debe ser derivado a un equipo de salud mental de la red de salud para que se realice esta actividad.

Se recomienda que este plan dure, a lo menos, un año luego del egreso del plan terapéutico.

### **6.7. Tratamiento farmacológico<sup>65</sup>:**

La prescripción de fármacos y el ajuste de dosis según esquemas utilizados es de exclusiva atribución y responsabilidad del médico tratante, la enfermera/o, el psicólogo/a, terapeuta ocupacional. Estos profesionales tienen además la responsabilidad de :

- Vigilar su correcta administración por parte del propio adolescente o su familia o el técnico paramédico si correspondiese.
- Reforzar información entregada por el médico tratante al adolescente, a la familia o adulto responsable.
- Conocer los efectos colaterales esperables y los adversos que pudiese presentar el tratamiento farmacológico, identificarlos y manejar con ellos/ellas la información al respecto.
- Informar al médico y al resto del equipo sobre la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Por lo que se debe conocer la farmacoterapia prescrita en el tratamiento y sus efectos esperables en el adolescente.

El tratamiento farmacológico puede acompañar en las tres etapas del tratamiento frente a presencia de síntomas no necesariamente constitutivos de cuadros psicopatológicos:

- Frente a síntomas producidos por el consumo o su privación, y por procesos de adaptación y la comorbilidad.
- En la actualidad se diagnostican con mayor frecuencia trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes. Cuando estos trastornos se asocian, tienen su

<sup>65</sup> Texto redactado por Dr. A. Maturana y Dra. M. Trueba, para uso médico.

origen (en parte) o bien, son una consecuencia del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes, el diagnóstico es aún más complejo.

- Los psicofármacos representan una de las alternativas de complemento para el abordaje integral de los trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia, en el contexto de un consumo problemático, o bien, comorbilidad.
- Otras medidas complementarias son la terapia ocupacional, la terapia de familia, la psicoterapia individual cognoscitiva o conductual y las intervenciones en grupo, como ya lo hemos referido ampliamente.
- Bukstein, 2004; Mack and Frances, 2003; Winters, 1999, plantean que el abordaje de las dependencias en adolescentes debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados.
- Por lo tanto, la intervención farmacológica precisa de una **evaluación cuidadosa y minuciosa del estado físico y mental** del adolescente. Se deben identificar los síntomas, las conductas o los comportamientos que representan problema para el niño, niña o adolescente o para los padres.
- Por lo general, se comienza con el medicamento de primera elección, **iniciando siempre con dosis bajas**. Sin embargo, para la elección del fármaco a administrar se precisa tener presente la comorbilidad, muy frecuente en este grupo diana. Siempre es prudente informar al adolescente los beneficios, los efectos secundarios más comunes y la frecuencia de los mismos, y la disponibilidad y efectividad de otras alternativas terapéuticas para los síntomas-problema. Igualmente, esta información se comparte con los padres y se deben aclarar todas las dudas, las inquietudes y los mitos más comunes sobre la medicación en estas edades, haciendo un balance del riesgo-beneficio.

<b>Principios básicos del manejo farmacológico en niños, niñas y adolescentes</b>	
<b>Objetivos claros con el sujeto y su familia.</b>	Plantear objetivos realistas. Se puede esperar una remisión o una recuperación total, pero también se debe reconocer que no todos los sujetos responden a los medicamentos. Se deben trabajar los riesgos y los beneficios de los medicamentos.
<b>Buscar dosis óptima, idealmente en mono-terapia.</b>	El uso de un solo medicamento permite prevenir efectos indeseados. Titular paulatinamente buscando el efecto terapéutico. Muchas veces se requiere aumentar o disminuir la dosis en el tiempo. Reevaluar.
<b>Identificación y minimización de los efectos colaterales.</b>	Importante hacer seguimiento de los efectos no deseados. Es útil usar algunas escalas de evaluación de efectos colaterales. Importante en la continuidad del tratamiento.
<b>Reevaluación de redivivas o recaídas.</b>	Una vez tratado el episodio agudo, monitorizar aparición de algunos signos o síntomas de recaídas. Los controles frecuentes previenen situaciones críticas.
<b>Tratamiento breve v/s de mantención.</b>	Depende de situación clínica. De corto tiempo será el tratamiento de insomnio temporal. En primer episodio de depresión, el tratamiento será de un año. En trastorno bipolar y esquizofrenia, el tratamiento comúnmente es indefinido, a modo de prevenir recurrencia de síntomas. Si un joven no tiene síntomas por varios meses, es el momento de bajar paulatinamente la dosis o bien valorar discontinuación en forma monitorizada.
<b>El mejor uso de un medicamento es en el contexto de un programa de tratamiento amplio.</b>	El medicamento no debe ni puede ser “el tratamiento”. En muchas oportunidades el medicamento estabiliza y clarifica la posibilidad para que los jóvenes enganchen en otros tratamientos. Se deben tratar las enfermedades mentales de los adolescentes con consumo perjudicial/dependencia del mismo modo como se tratan los pacientes sin abuso de sustancias (BP). (Bukstein, 2004; Kaye, 2004; Mack and Frances, 2003). Los adolescentes con patología dual deben recibir tratamientos integrados (un mismo equipo se hace cargo del tratamiento de las dos patologías).

## TIPOS DE MEDICAMENTOS

### ESTIMULANTES

- En este grupo se encuentran:
  - El metilfenidato,
  - la dextroanfetamina y
  - la pemolina (disponible en Chile, pero se ha disminuido mucho su uso por los graves efectos hepáticos que puede llegar a producir).



- Los estimulantes son los medicamentos de primera elección en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El metilfenidato tiene un rango terapéutico estrecho y es imposible predecir la respuesta clínica a partir de factores como la edad del niño o niña, la masa corporal, el nivel de hiperactividad o desatención, o los niveles plasmáticos de metilfenidato.
- De manera habitual, la dosis efectiva se encuentra entre 0.6 y 1.2 mg/kg/día. Es preciso iniciar con dosis bajas y hacer los ajustes dependiendo de la respuesta clínica y la tolerancia.
- Los efectos adversos guardan relación directa con la dosis administrada. Los efectos secundarios más comunes son:
  - Disminución del apetito,
  - pérdida de peso,
  - dificultad para conciliar el sueño,
  - dolor abdominal,
  - cefalea,
  - irritabilidad,
  - llanto fácil o estado de ánimo francamente depresivo,
  - somnolencia e intranquilidad.
- Los estimulantes poseen efectos cardiovasculares con un discreto aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial que, por lo general, no representan un riesgo importante.
- De la misma forma, los estimulantes pueden inducir tics motores o vocales, los cuales tienden a desaparecer con la reducción de la dosis o con el retiro del medicamento, por lo que no se aconseja administrar estimulantes en niños, niñas y adolescentes con trastornos por tics. Diversos datos sugieren que el uso de estimulantes en portadores de Trastorno Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) , reduce en forma significativa el riesgo de abuso de sustancia.

#### ANTIDEPRESIVOS

- Los antidepresivos son un grupo disímil de fármacos de uso frecuente en un número importante de trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia.
- Estas sustancias, inicialmente producen inhibición de la recaptación de dopamina, noradrenalina o serotonina.
- Los **antidepresivos tricíclicos** han sido los más utilizados. Por lo general, su administración se asocia con efectos anticolinérgicos y antihistamínicos molestos como visión borrosa, boca seca, constipación, sedación y aumento de peso. Antes de iniciar un antidepresivo tricíclico se debe solicitar un electrocardiograma basal y algunos durante el seguimiento, puesto que se han informado casos de muerte súbita, en particular con desipramina. Además, el manejo de los antidepresivos tricíclicos debe ser cuidadoso, por la posibilidad de intoxicación con o sin intención.

- Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) como grupo, muestra un menor número de efectos indeseables comparados con los tricíclicos. Estos medicamentos pueden producir molestias gástricas, diarrea, cefalea, intranquilidad, mareos y escalofríos.
- De los antidepresivos con acciones dopaminérgicas, bupropión se emplea cada vez más en esta población. Por sus acciones dopaminérgicas puede agravar o precipitar la aparición de tics en niños y niñas susceptibles, y se ha observado que puede inducir erupciones cutáneas en un 15% de los tratados. Además, bupropión está contraindicado en adolescentes con historia de trastornos de la conducta alimentaria y cuando existe historia de síndrome convulsivo.
- Los antidepresivos están indicados para el manejo de los trastornos depresivos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- Los antidepresivos tricíclicos, particularmente la imipramina, han mostrado eficacia en el manejo de niños, niñas y adolescentes con enuresis y trastornos de sueño; de manera específica, parasomnias como pesadillas y terrores nocturnos.
- Es importante tener presente que durante los últimos años se ha cuestionado la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de los trastornos depresivos en niños, niñas y adolescentes. A pesar de la poca evidencia a favor, los tricíclicos se siguen considerando una alternativa farmacológica de segunda línea en trastorno depresivo mayor.
- Estudios mejor diseñados muestran una mayor respuesta con fluoxetina y apoyan su uso como el medicamento de primera línea en el manejo de la depresión en esta población.

#### ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Estos medicamentos están indicados de manera principal en el manejo farmacológico profiláctico del trastorno bipolar en adolescentes. El carbonato de litio y algunos anticonvulsivantes son los medicamentos empleados con este propósito.
- El carbonato de litio es medicamento de elección en la profilaxis del trastorno bipolar. Se administra en dosis que oscilan entre 10 y 30 mg/kg/día. Se necesita monitoreo clínico y sérico de los niveles de litio en la sangre debido a su margen terapéutico estrecho y los riesgos de toxicidad. Con niveles séricos entre 0.6 y 1.2 meq/l se consigue una buena respuesta clínica con buena tolerancia. Los efectos indeseables más comunes son la sedación, poliuria y temblores. En adolescentes puede precipitar brotes de acné.
- Los anticonvulsivantes más utilizados en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes son carbamazepina (5-20 mg/kg/día) y ácido valproico (15-60 mg/kg/día). De uso más reciente están gabapentina (5-20 mg/kg/día) y lamotrigina (5-10 mg/kg/día).

Los efectos secundarios más frecuentes asociados con la administración de anticonvulsivantes son:

- La sedación,
  - náuseas,
  - vómitos e intolerancia gástrica.
- Es menos frecuente observar leucopenia, hepatitis o dermatitis exfoliativa; no obstante, se necesita control hematológico y pruebas hepáticas. Además de la indicación en trastornos bipolares, los estabilizadores del ánimo están igualmente indicados en trastorno esquizoafectivo y pueden ser alternativas en casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que no responden o con baja tolerancia a metilfenidato. De la misma forma, han mostrado alguna utilidad clínica en manejo de trastornos de conducta para el control de síntomas como impulsividad o agresividad.

### ANSIOLÍTICOS

- Los ansiolíticos más rápidos en su acción son las benzodiazepinas. Su mecanismo de acción se centra en que potencian el efecto del neurotransmisor inhibitorio más importante, el ácido gamma-amino-butírico o GABA.
- Las benzodiazepinas más seguras y utilizadas en niños son alprazolam (0.01-0.1 mg/kg/día), clonazepam (0.01- 0.05 mg/kg/día), diazepam (0.1-0.5 mg/kg/día) y lorazepam (0.01-0.1 mg/kg/día).

### LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES Y LIMITANTES DE SU USO SON:

- La sedación,
  - deterioro en el funcionamiento cognoscitivo y,
  - de forma ocasional, desinhibición o excitación motora.
- Es importante tener presente que los efectos ansiolíticos rápidos pueden significar **un riesgo de abuso y dependencia para pacientes adolescentes**. Las benzodiazepinas están indicadas para el manejo a corto plazo de trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, disomnias y parasomnias.
  - Asimismo, la buspirona, una sustancia con acciones selectivas en el bloqueo de receptores de serotonina 1A (5-HT<sub>1A</sub>), ha mostrado utilidad en el manejo de síntomas de ansiedad. Se administra en dosis que oscilan entre 0.2 y 0.5 mg/kg/día, con efectos secundarios mínimos y usualmente de corta duración como náuseas, somnolencia e intranquilidad. De la misma forma, esta sustancia puede ser útil para potenciar el efecto de algunos antidepresivos en casos severos de depresión.
  - Está indicado el uso de benzodiazepinas para el tratamiento del síndrome de dependencia a alcohol en adolescentes<sup>66</sup>.

66 (Deas and Thomas, 2001)(Mayo and Smith, 1997; O'Brien, 2005; Vocci et al., 2005)

## ANTIPSIKÓTICOS

- Los antipsicóticos son un conjunto de medicamentos que basan su acción principal sobre el bloqueo de receptores de dopamina. Aunque estas sustancias metabolizan con mayor velocidad en la población infantil, se precisan dosis menores para alcanzar el efecto terapéutico. Además, los adolescentes presentan una especial susceptibilidad a los efectos secundarios mediada por una mayor densidad y sensibilidad de los receptores dopaminérgicos.
- Los antipsicóticos se pueden dividir en dos grandes grupos: los de primera generación o clásicos como haloperidol y tioridazina, que son los más usados en población infantil y adolescentes; y los de segunda generación o atípicos, formados por medicamentos de más reciente introducción con un perfil positivo de respuesta clínica y menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales y de cambios en los niveles de prolactina.
- Los antipsicóticos, habitualmente se inician con dosis bajas y se aumentan en forma paulatina, dependiendo la respuesta clínica y la tolerancia al fármaco.

### LOS EFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES MÁS FRECUENTE SON:

- Sedación,
- deterioro cognoscitivo,
- aumento de peso,
- acné y
- movimientos extrapiramidales, dependiendo del fármaco específico.
- Los antipsicóticos están indicados para el manejo de trastornos por tics, incluyendo trastorno de Tourette, trastorno autista, esquizofrenia de inicio en la infancia o la adolescencia y en algunos casos muy específicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de conducta, considerando siempre el riesgo de discinesia tardía.
- La tioridazina, en particular, se ha dejado de usar por consenso en la práctica de la psiquiatría infantojuvenil, por el riesgo cardiovascular reportado.
- Otro medicamento que tiene algunas indicaciones en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes es el propranolol. La dosis administrada puede oscilar entre 10 y 300 mg/día (2-16 mg/kg/día).

### LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES Y DESAGRADABLES SON:

- Cefalea,
- mareo y
- síncope, debido a la reducción de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- De la misma forma, el propranolol tanto en adultos como en niños, niñas y adolescentes puede inducir episodios depresivos mayores. El propranolol puede ser útil en el manejo de síntomas de anticipación y autonómicos de ansiedad. Asimismo, ha mostrado eficacia el control de la irritabilidad y la agresividad, en particular en niños y niñas con trastornos generalizados del desarrollo o retraso mental.

# Capítulo III

## Equipo y autocuidado<sup>67</sup>

*“Si una organización quiere ser sólida, debe poner énfasis en el cuidado y desarrollo de las personas que son su mayor valor”*

DRA. GILDA GNECCO

### 1. Aspectos generales

Si bien el tema del equipo y el autocuidado es importante para todos los equipos en el área de la salud, se hace imprescindible abordar en profundidad en aquéllos que atienden a una población con alto daño y vulnerabilidad psicosocial, como son los adolescentes que han estado expuestos a situaciones de violencia, abuso, maltrato. Por esto es necesario, en primer lugar, que se reconozcan como “equipos en riesgo”, tanto personal, como equipo e institucionalmente. Esto significa tomar precauciones e identificar factores protectores para el equipo en forma temprana y oportuna.

Se pueden encontrar diversas definiciones de la concepción del **trabajo en equipo**. Sin embargo, en un contexto de calidad se define como un “método de trabajo colectivo, donde sus integrantes intercambian sus experiencias, conocen y respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta”. Considerando como integrantes a: administrativos, técnicos y profesionales.

#### EN ESTE SENTIDO, ES NECESARIO RECONOCER ALGUNOS ELEMENTOS DE ESTE TRABAJO:

- Colectivo: implica la agrupación de personas que tienen la virtud de recoger o reunir.
- Comunicación e intercambio de experiencias, conocimientos, habilidades y destrezas. Y que entonces, conlleva crecimiento personal y grupal.
- Conocimiento y respeto por el rol y las funciones de cada miembro. Se entiende por función “la acción o ejercicio de un empleo, facultad u oficio”.
- Se da por entendido que cada persona que se integra a un equipo conoce previamente sus funciones, actúa en concordancia y es evaluada en virtud del grado de cumplimiento de las mismas.
- Cada miembro del equipo posee una visión clara de sus propias funciones y reconoce los intereses comunes.

<sup>67</sup> Gnecco, Gilda. Módulo de Calidad Diplomado Gestión de Calidad, Universidad de Chile. 2005.

- El equipo trabaja poniendo a disposición sus respectivos conocimientos, habilidades y recursos, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los logros y de las dificultades.
- El interés, motivación y compromiso de cada miembro por la tarea propia y colectiva.
- El interés del equipo sobrepasa los intereses particulares.
- La efectividad del equipo está en relación con su capacidad y su habilidad de autogestión.
- La existencia de un plan o programa de trabajo programado, ejecutado y evaluado en conjunto. Este es el punto central, de lo contrario no es realmente equipo.
- Existen objetivos claros y metas comunes.

**EXISTE UN CONJUNTO DE FACTORES NECESARIOS DE CONSIDERAR EN LA CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO Y SE RECONOCEN COMO FACILITADORES DE ÉSTE:**

- La existencia clara de una **visión, misión, propósitos, objetivos y metas comunes y definición de funciones**, aumenta la cohesión del grupo. Le permite a cada integrante del equipo identificarse con la organización, “ponerse la camiseta”.
- La existencia de una organización interna que permite:
  - La discusión y el hacer inter- y transdisciplinario.
  - La participación real de todos.
  - La existencia de un clima laboral libre de tensiones, sin temor.
  - La formación y capacitación que se entregue respecto del tema.
- La posibilidad de hacer un diagnóstico de la situación del equipo, su etapa de desarrollo, su grado de madurez.
- La presencia de personas con alto nivel de experiencia, conocimientos, relaciones interpersonales asertivas y adecuadas.
- La presencia de un líder que cumpla con todos los requisitos para un liderazgo efectivo; que sea no sólo un líder **formal**, sino que además un líder **profesional**.
- El que se disponga de tiempo suficiente para trabajar como equipo; ello significa:
  - Tiempo para programar, para evaluar, para analizar temas atingentes, estudiar colectivamente.
  - Que todos, o la mayor parte de sus miembros, sienta que sus objetivos individuales son coherentes con los del equipo.
  - Que se manejen adecuadamente al interior del equipo las comunicaciones, la asertividad, la transparencia, la confianza, la lealtad, las emociones.
  - Que el equipo esté completo, es decir, estén todos los integrantes.

LA NO PRESENCIA DE ESTAS CARACTERÍSTICAS ATENTA CON LA ADECUADA DINÁMICA DE UN EQUIPO Y, POR ENDE, DEL TRABAJO QUE ÉSTE REALIZA, Y QUE PUEDEN LLEVAR AL:

- Desinterés por las metas.
- Insuficiente unidad laboral.
- Temor, desconfianza, escasa credibilidad en el sistema y en la organización.
- Lucha de poder interna.
- Aumento importante de las quejas, reclamos de los usuarios.

SI DUDA, UN TRABAJO EN EQUIPO TIENE VENTAJAS OBJETIVAMENTE MEDIBLES, A SABER ALGUNAS DE ELLAS:

- Se complementan las capacidades individuales y se tiene mayor capacidad de realización.
- Permite, facilita y otorga oportunidad de aprendizaje a cada miembro.
- Facilita el proceso de comunicación interna, de traspaso de la información; de difusión de logros, resultados e impactos.
- Facilita el proceso de toma de decisiones de manera democrática, horizontal, participativa. Las decisiones del grupo son siempre superiores a las individuales.
- Facilita el proceso de definición e identificación de problemas y la búsqueda de soluciones, especialmente creativas e innovadoras, que rompen la rutina de la organización.
- Facilita la elaboración de planes y programas consensuados, y con ello su evaluación y monitoreo permanentes.
- Facilita el desarrollo y permanencia de un clima laboral adecuado, sano, no estresante.
- Favorece una mayor identidad de los funcionarios con su tarea y con la institución. Las personas se sienten orgullosas de ser parte del equipo.
- Permite que la información al interior del grupo sea manejada de manera adecuada, es decir, sea clara, precisa, oportuna, veraz y llegue a todos sus miembros; no sea privilegio de unos pocos ni sea manipulada.
- Facilita el desarrollo de un sistema de incentivos conocido y aceptado por todo el equipo.

LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO EN SU PROCESO DE MADURACIÓN APRENDEN A:

- Aceptar la crítica y modificar sus puntos de vista.
- Hacerse autocrítica.
- Respetar la opinión ajena.
- Escuchar al otro.

- Vencer sus propios temores o debilidades.
- Respetar las diferencias individuales.
- Hacer propuestas creativas e innovadoras sin temor al rechazo; se atreven a “soñar”.

Desde el punto de vista de las dimensiones de la calidad, un equipo que trabaja bien logra potenciar las siguientes dimensiones:

- Efectividad.
- Eficacia.
- Eficiencia.
- Seguridad.
- Competencia profesional.
- Continuidad.

Rubin, 1975; encontró que la mejor manera de plantearse los procesos del equipo en un orden determinado era preguntándose:

¿Para qué estamos aquí ?	metas
¿Cuál es la tarea?	objetivos
¿Quién hace qué?	funciones
¿Cómo lo hacemos?	procesos
¿Cómo nos llevamos?	relación interpersonal comunicaciones

## 2. Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad

Es la participación y confluencia de varias disciplinas y, además, tener un enfoque interdisciplinario en la composición y funcionamiento de los equipos de atención de los adolescentes con consumo problemático de drogas, que basarán su trabajo en la cooperación de sus miembros, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades del individuo.

Es la combinación y la complementariedad de todas y cada una de las figuras profesionales y de las personas que trabajan en el equipo que atiende a esta población y que permiten ofrecer un programa terapéutico integral basado en el concepto de ayuda, y orientado al desarrollo emocional y social de los niños, niñas y adolescentes.

Este trabajo interdisciplinario tiene como eje central, entre las diversas disciplinas profesionales que participan, la identificación de objetivos comunes en la intervención, que favorecen los resultados que se espera obtener con el tratamiento, donde cada disciplina y/o profesionales y técnicos que intervienen desarrollan sus funciones, de acuerdo a los objetivos terapéuticos formulados para cada adolescente, en la parte que a cada uno le corresponde intervenir.



### 3. Equipo y atención de población adolescente vulnerada de derechos

“**Síndrome de Burnout**”, conceptualizado por H. Herbert Freudenberger (1974) como un *“estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa a un estilo de vida, o a una relación que no produce una recompensa esperada”, y que no se trata de un agotamiento por exceso de trabajo, sino de una especie de “erosión del espíritu”. Estado de extenuación emocional.*

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con las personas usuarias del sistema de atención; ellos, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobreexigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional.

Estos equipos, por las características y naturaleza de las intervenciones que realizan, se encuentran con mayor probabilidades de presentar un **Burnout**, por lo que deben incorporar programas de autocuidado en forma planificada, que deben ser motivados y apoyado por las autoridades respectivas.

### 4. Estrategias de autocuidado

Las estrategias de autocuidado en los equipos incluyen un buen clima laboral, es decir, funcionar dentro de una ambiente de trabajo que facilite el desarrollo personal y grupal, posibilitando la comunicación y las relaciones humanas; para lograrlo se deben considerar:

- Capacitaciones orientadas a incrementar la seguridad personal en el desempeño de tareas.
- Información clara sobre redes de ayuda para poder derivar los casos conflictivos que no tengan una solución factible para la institución, dentro del contexto laboral.
- Desarrollo de habilidades tendientes a incrementar los niveles de desempeño y manejar conflictos grupales.
- Supervisión externa, cuando no sea posible resolver problemas que interfieran en el trabajo.
- Grupos y espacios de autocuidado.

## PROMOCIÓN DE ESPACIOS PARA EL AUTOCUIDADO<sup>68</sup>

El autocuidado se instala como un hábito en la medida en que nos comprometamos individual, colectiva e institucionalmente a hacernos cargo de nosotros/as mismos/as para cuidarnos y protegernos.

### ESPACIOS DE AUTOCUIDADO INDIVIDUAL

El ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo, por lo tanto, cada persona puede desarrollar la capacidad o habilidad de generar conductas para el autocuidado. Algunas estrategias individuales son:

- Registrar oportunamente los malestares, es decir, saber cuándo debemos descansar, cuándo tenemos hambre, cuándo debemos ir al baño o debemos atender los dolores que nos produce una posición incómoda. De la misma manera hay que hacerlo con las molestias psicológicas. El no registrar oportunamente las fuentes de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos, serán causantes de lesiones o enfermedades.
- Una estrategia de gran ayuda para quienes se encuentran con una fuerte carga emocional, como es la atención de esta población objetivo, es el “vaciamiento y descompresión” de estas cargas. El vaciamiento no puede realizarse en cualquier parte; debe hacerse entre pares, entre personas que no necesitan explicaciones, porque están al tanto del tipo de problemas y, por lo tanto, pueden contener el relato de la situación conflictiva. El vaciamiento tiene el efecto de una descompresión necesaria para poder seguir trabajando.
- Mantenimiento de áreas libres de contaminación: se refiere a la necesidad de tener espacios de oxigenación donde se puedan “cargar energías”, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas del trabajo. Pueden ser actividades de recreación, intereses específicos, cualquier espacio que implique una descontaminación y la posibilidad de distensión.
- Evitar la contaminación de los espacios de distracción por temas relacionados con la temática del trabajo: no hay que elegir actividades de recreación y distracción cuyas temáticas se relacionan con el ámbito laboral.
- Una medida importante de autocuidado es evitar la saturación de las redes personales, es decir, no contaminar a la familia, amigos, etc. con temas propios del trabajo, para lo cual no están preparados para escuchar.

68 Aron, Ana María PhD; Llanos, María Teresa. “Cuidar a los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia”. *Sistemas Familiares*, Año 20 N° 1-2, pág. 5-15.

## ESPACIOS GRUPALES DE AUTOCUIDADO DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

Son los que permiten crear y asegurar condiciones que comuniquen un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo.

- Espacios formales para el vaciamiento y descompresión de los equipos en relación con los casos y temáticas recibidas. Se refiere a organizar espacios sistemáticos en los que todo el equipo tenga la oportunidad de hablar sobre las situaciones vividas durante su jornada laboral y poder vaciar los contenidos más contaminantes. Ejemplo: en reuniones técnicas, de grupo, reuniones de pauta, etc.
- Espacios de conversación libre que favorezcan las relaciones de confianza entre los miembros del equipo. Son espacios de distensión donde podrán hablar e intercambiar ideas sobre las experiencias vividas en determinados momentos dentro del transcurso de la jornada semanal y, además, de otros temas extralaborales, que pueden darse en la informalidad de las horas o momentos del almuerzo o el café. Generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas.
- Generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas y conflictos surgidos al interior de los equipos. Se obtiene mediante el desarrollo de estrategias constructivas de abordaje de conflictos y de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
- Espacios de supervisión, que corresponden a momentos de grupo en los que se contrata a un supervisor externo, o se requiere el apoyo del equipo de recursos humanos institucional, para facilitar y hacer emerger sus capacidades individuales y de equipo, utilizando la creatividad y sus recursos para mejorar el desempeño grupal.
- Asegurar a las/los profesionales y técnicos condiciones mínimas de resguardo de su integridad personal en el trabajo, especialmente cuando la tarea se desempeña en espacios de alto riesgo social; por ejemplo, asistir en pareja o grupos a comunidades riesgosas o que el equipo esté alerta cuando un/a de sus profesionales realice actividades en terreno (saber dónde está, con qué grupos se va a reunir, etc.).
- Establecer rituales de incorporación y de despedida. Los rituales facilitan la integración de nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura de la organización. A su vez, los rituales de despedida facilitan la elaboración de estas experiencias y contribuyen a mantener los climas laborales sanos.
- Promover estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumentan la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso al interior de los equipos y tienden a silenciar los conflictos. Por ello, es importante el reconocimiento, la retroalimentación y el interés activo de la autoridad por los equipos, lo que se manifiesta en la flexibilidad y el apoyo administrativo que permite la compatibilidad entre trabajo y familia.

- Espacios para la activación y fortalecimiento de las redes de apoyo profesional. Cuando se reconoce como equipo, que la demanda de uno/a de sus miembros sobrepasa la capacidad de contención y vaciamiento, es importante acudir a las redes profesionales que se tienen, principalmente porque son una de las fuentes de apoyo más valiosas para los equipos que trabajan con violencia o con población en situación de riesgo social. Especialmente, porque la intensidad emocional del tema hace muy difícil abordarlo en forma aislada: saber que hay otros sectores profesionales que se ocupan de los mismos problemas es un alivio para los equipos.

### 5. Equipo y competencias técnicas<sup>69</sup>

Si bien es innegable que la competencia técnica de los profesionales y técnicos pertenecientes al equipo de tratamiento es fundamental, hemos visto en nuestra revisión que muchos de los aspectos asociados por los autores a un mejor resultado se relacionan más bien a las características o actitudes “blandas” u orgánicas del equipo y de sus intervenciones.

- Estar atento a la problemática del adolescente, ser empático,
- ofrecer un trato acorde al género,
- estar familiarizado con actitudes y lenguajes adolescentes.
- ofrecer un trato culturalmente aceptado y, simplemente, estar disponibles –aún en horarios no necesariamente hábiles– han sido mencionados como “competencias” deseables en el equipo de tratamiento (10).

Cooper, en una revisión acerca de los pasos iniciales de cortes juveniles de drogas en EEUU, destaca que, si bien es necesario que la personas que trabajan dentro de ese sistema posean formación sobre adicciones, farmacología, rehabilitación y el sistema judicial, también deben tener conocimientos sobre las etapas del desarrollo del adolescente y del impacto que éstas tienen sobre el diseño y la estrategia comunicacional del programa. Es importante además, que todo el equipo esté familiarizado con respecto a todos los roles y disciplinas presentes en el programa (11).

<sup>69</sup> Revisión de evidencia del tratamiento en drogas. U. de Chile, 2007.

# Desafíos futuros

Dada la puesta en vigencia de la nueva Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, que considera la derivación por el juez del adolescente infractor a tratamiento del consumo perjudicial y/o dependencia, así como la alternativa de acceso voluntario a tratamiento ofertada por diversos prestadores, bajo el Convenio MINSAL-CONACE-FONASA-, es posible destacar ámbitos de indagación o investigación sistemática como los siguientes:

- Validación de instrumentos de diagnóstico: Screening, Tamizaje en población adolescente infractora de ley.
- Identificación de otras estrategias terapéuticas específicas en medio privativo y en medio libre.
- Monitoreo de las estrategias de intervención para la identificación de las más efectivas en cuanto a adherencia a tratamiento.
- Sistema de información y registro clínico.



# ANEXOS

## Anexo 1: Tabla de evidencia científica (Estudio de evidencia científica, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile).

Las escalas de clasificación de la evidencia científica usadas, diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de la evidencia en función del rigor científico del diseño de estudio. La siguiente es la tabla que se propone para ser utilizada.

TABLA 1: CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA SEGÚN DISEÑO

Nivel	Descripción
1	Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados, metodológicamente válidos; ensayos clínicos randomizados de alto poder que estén libres de sesgos mayores.
2	Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados o ensayos clínicos randomizados sin los resguardos metodológicos apropiados para evitar sesgos.
3	Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos; estudios de cohorte o casos y controles con bajo riesgo de sesgo, confusión o azar, y buena probabilidad de que la relación sea causal.
4	Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de sesgo, confusión o azar, y de que la relación no sea causal. Revisiones no sistemáticas.
5	Estudios no analíticos, ej.: series de casos, reportes de casos. Validación de instrumentos.
6	Opinión de expertos, en ausencia de evidencia de los niveles antes mencionados.

TABLA 2: CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

Referencias	Nivel de Evidencia
1. Randall, J.; Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J. Psychiatric Comorbidity and the 16-Month Trajectory of Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 1999; 38(9): 1118-1124.	4
2. Johnson, T.P.; Cho, Y.I.; Fendrich, M.; Graf, I.; Kelly-Wilson, L.; Pickup, L. Treatment Need and Utilization among Youth Entering the Juvenile Corrections System. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2004; 26: 117-128.	4
3. Nurco, D.N.; Hanlon, T.E.; Bateman, R.W.; Kinlock, T.W. Drug Abuse Treatment in the Context of Correctional Surveillance. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 1995; 12(1): 19-27.	5

4. Ogborne, A.C. Justice System Clients of a Toronto Youth Addiction Treatment Program. <i>American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> 1997; 23(2): 335-337.	4
5. <a href="http://www.conace.cl">www.conace.cl</a>	
6. Ministerio de Salud Chile, Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 19 años con Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas. 2006.	
7. Dowden, C.; Latimer, J. Providing Effective Substance Abuse Treatment for Young Offender Populations: What Works! <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> , 2006; 15: 517-537.	4
8. Chitabesan, P.; Kroll, L.; Bailey, S.; Kenning, C.; Sneider, S.; MacDonald, W. Theodosiou L. Mental Health Needs of Young Offenders in Custody and in the Community. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2006; 188: 534-540.	4
9. Hiller, M.L.; Knight, K.; Simpson, D.D. Prison-based substance abuse treatment residential aftercare and recidivism. <i>Addiction</i> , 1999; 94(6): 833-842.	3
10. Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J.; Crouch, J.L. Eliminating (Almost) Treatment Dropout of Substance Abusing or Dependent Delinquents Through Home-Based Multisystemic Therapy. <i>The American Journal of Psychiatry</i> 1996; 153(3): 427-428.	2
11. Cooper, C.S. Juvenile Drug Treatment Courts in the United States: Initial Lessons Learned and Issues Being Addressed. <i>Substance Use and Misuse</i> 2002; 37 (12&13): 1689-1722.	4
12. Myers, K.; Valentine, J.; Morgenthaler, R.; Melzer, S. Telepsychiatry in Incarcerated Youth. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2006; 38: 643-648.	5
13. Henggeler, S.W.; Clingempeel, W.G.; Brondino, M.J.; Pickrel, S.G. Four Year Follow-up of Multisystemic Therapy with Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 2002; 41(7): 868-874.	2
14. Bailey, S.; Doreleijers, T.; Tarbuck, P. Recent Developments in Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice Systems. <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> ; 2006; 15: 391-406.	4
15. Wasserman, G.A.; McReynolds, L.S.; Ko, S.J.; Katz, L.M.; Cauffman, E.; Haxton, W.; Lucas, C.P. Screening for Emergent Risk and Service Needs Among Incarcerated Youth: Comparing MAYSI-2 and Voice DISC-IV. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 2004; 43(5): 629-639.	5
16. Sweet, R.I.; Saules, K.K. Validity of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory-Adolescent Version ( SASSI-A). <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2003; 24(4): 331-340.	5
17. Stein, L.A.R.; Graham, J.R. Ability of Substance Abusers to Escape Detection on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) in a Juvenile Correctional Facility. <i>Assessment</i> 2005; 12(1): 28-39.	5
18. <a href="http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/InstrumentPDFs/48_PEI.pdf">http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/InstrumentPDFs/48_PEI.pdf</a>	



19. Knight, J.R.; Goodman, E.; Pulerwitz, T.; Durant, R.H. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in Adolescent Medical Practice. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2001; 29:125-130.	5
20. Latimer, W.W.; O'Brien, M.S.; McDouall, J.; Toussova, O.; Floyd, L.J.; Vásquez, M. Screening for "Substance Abuse" Among School-Based Youth in Mexico Using the Problem Oriented Screening Instrument (POSIT) for Teenagers. <i>Substance Use &amp; Misuse</i> 2004; 39(2): 307-329.	5
21. Keiley, M.K. Multiple-Family Group Interventions for Incarcerated Adolescents and Their Families: A Pilot Project, <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> 2007; 1: 106-124.	3
22. Burke, P.J.; Sullivan, J.O.; Vaughan, B.L. Adolescent Substance Use; Brief Interventions by Emergency Care Providers. <i>Pediatric Emergency Care</i> 2005; 21(11): 770-776.	5
23. Grenard, J.L.; Ames, S.L.; Wiers, R.W.; Thush, C.; Stacy, A.W.; Sussman, S. Brief Intervention for Substance Use among At-Risk Adolescents: A Pilot Study. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2007; 40: 188-191.	4
24. Slavet, J.D.; Stein, L.A.R.; Colby, S.M; Barnett, N.P.; Monti, P.M.; Golembeske, Jr. C.; Lebeau-Craven, R. The Marijuana Ladder: Measuring Motivation to Change Marijuana Use in Incarcerated Adolescents. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 2006; 83: 42-48.	4
25. Robertson, A.; Dill, P.; Husain, P.L.; Undesser, C. Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders Among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi. <i>Child Psychiatry and Human Development</i> , 2004; 35 (1):55-74.	5
26. Rowe, C.L.; Liddle, H.A.; Greenbaum, P.E.; Henderson, C.E. Impact of Psychiatric Comorbidity on Treatment of Adolescent Drug Abusers. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2004; 26: 129-140.	3
27. Prescott, L. Improving Policy and Practice for Girls with Co-Occurring Disorders in the Juvenile Justice System. Documento preparado para el GAINS Center. Junio, 1998.	4
28. Marsh, J.C.; Cao, D.; D'Aunno, T. Gender Differences in the Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2004; 27: 289-300.	3
29. Vermeiren, R.; Jaspers, I.; Moffitt, T. Mental Health Problems in Juvenile Justice Populations. <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> ; 2006; 15: 333-351.	4
30. Belenko, S.; Logan, T.K. Delivering More Effective Treatment to Adolescents: Improving the Juvenile Drug Court Model. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2003; 25: 189-211.	4
31. Lennings, C.J.; Kenny, D.T. Substance Use and Treatment Seeking in Young Offenders on Community Orders. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2006; 31: 425-432.	5



## Anexo 2

### FICHA CLÍNICA DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE<sup>70</sup>

Fechas de llenado de los datos	//	//	//	//	//	//
--------------------------------	----	----	----	----	----	----

Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES GENERALES

Nombre completo:			
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	E d a d (años y meses):	RUN:
Domicilio:		Vive con la familia	Sí No
Domicilio familia (si es otro):			
Fonos de contacto:			

Derivación desde:
Profesional de contacto:
Teléfonos:

Situación judicial del adolescente (sanción accesoria, sanción principal o medida):
Tribunal:

Motivo de consulta del niño, niña o adolescente:
Motivo de consulta de los padres:

<sup>70</sup> El Programa del Adolescente del Ministerio de Salud de Chile considera la adolescencia como la etapa que toma el rango etario entre los 10 y los 19 años, y al adolescente como el individuo hombre o mujer, que se encuentra ubicado en ese rango etario. Bajo esa edad, son niños.

Motivo de consulta de institución/equipo derivante:

### ANTECEDENTES ÁMBITO INDIVIDUAL

Antecedentes peri y posnatales: embarazo, parto, lactancia, reacción al destete, alimentación, sueño, temperamento.

Antecedentes del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje, etapa preescolar, escolar.

Antecedentes mórbidos del niño, niña o adolescente: enfermedades relevantes; comorbilidad psiquiátrica leve-moderada o severa.

### HISTORIA ESCOLAR

Edad de ingreso, jardín infantil, escuela, adaptación, rendimiento, adaptación con pares y profesores, etc.

En relación con el ámbito escolar: descripción del proceso de aprendizaje (nivel pedagógico, existencia de trastornos del aprendizaje, ámbitos de mayores competencias y mayores dificultades -intereses y motivaciones en este contexto-, tratamientos recibidos -especialidad y farmacología- y evolución.

## DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL

Entrevista a padres u otro familiar.
Entrevista a niño, niña o adolescente.

## CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS: PRINCIPAL (1) Y SECUNDARIAS (2)

Sustancia (marque las que corresponda)	
Alcohol	
Tabaco	
Marihuana	
Pasta base	
Alucinógenos	
Inhalantes o solventes	
Fármacos	
Otros	

Con quién consume:
Cómo accede a la droga:
Compromiso delictual:

## DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ADOLESCENTE <sup>71</sup>

Desarrollo corporal y puberal (incorporar ámbito nutricional).
Imagen corporal.
Grado de separación de figuras parentales.
Proceso de autonomía.
Identidad e identificaciones (género).
Antecedentes de conducta.
Desarrollo moral.
Desarrollo psicosexual (rol sexual, conductas, identidad, elección de objeto, etc.).
Pérdidas y procesos de duelo.

<sup>71</sup> Apoyarse en el documento “Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes. Orientaciones Técnicas desde una mirada Comprensiva Evolutiva”, Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, CONACE, noviembre 2004.

Mecanismos defensivos.
Egocentrismo.
Relaciones con pares.
Intereses, motivaciones y proyecciones.
Otros (por ej.: cualidades destacadas del niño, niña o adolescente).

### ANTECEDENTES ÁREA FAMILIAR

#### ANTECEDENTES DE LA FAMILIA DE ORIGEN

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Actividad	Observaciones

#### GRUPO FAMILIAR ACTUAL (VIVEN JUNTOS):

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Actividad	Observaciones

## ESTRUCTURA DEL NÚCLEO FAMILIAR

### GENOGRAMA

GENOGRAMA	
-----------	--

Antecedentes mórbidos familiares (marque las que corresponda)	Observaciones
Depresión	
EQZ u otra psicosis	
Trastorno de alimentación	
Alcoholismo	
Consumo de drogas	
Trastorno ansioso	
Epilepsia	
Otros	

Antecedentes familiares de conducta disocial y/o delictual. Especificar.
--------------------------------------------------------------------------

## ANTECEDENTES ÁREA SOCIOEMOCIONAL

Mapa vincular del niño, niña o adolescente (eco mapa): definir desde el propio adolescente cuáles y quiénes constituyen para él las figuras significativas y señalar las relaciones afectivas de mayor a menor importancia.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## FIGURA VINCULAR

Persona que el adolescente reconoce como su adulto significativo (sea éste un vínculo positivo o no).
-------------------------------------------------------------------------------------------------------



## COMPETENCIAS PARENTALES

Tipo de apego, calidad de éste, capacidad de empatizar de los padres o adultos significativos, capacidad de ejercer autoridad, capacidad de protección efectiva. En etapas tempranas y en la actualidad.

## ANTECEDENTES DE TRASTORNOS VINCULARES

Con tendencia al rechazo (violencia centrífuga): incomunicar, aterrorizar, aislar al niño/a, culpabilizarlo, denigrarlo.	Con tendencia a la simbiotización (violencia centrípeta): manipulación afectiva, indulgencia, seducción, corrupción, incesto.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Identificar tipo de trastorno de vínculo si lo hay:

## ÁREA DE REPARACIÓN

Marque las situaciones graves de vulneración de derechos que presenta el adolescente, niño o niña:	OBSERVACIONES: Señalar si se ha intervenido a la fecha o está en proceso, especificar dónde se realiza éste.
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Problemas económicos, habitacionales, de acceso a servicios de salud y servicios en general.
- Negligencia, abandono.
- Maltrato grave.
- Abuso sexual.
- Violencia intrafamiliar.
- Peores formas de trabajo infantil.
- Explotación sexual-comercial infantil.
- Problemas relacionados con sistema legal/criminal.
- Otra (especificar).

## EVALUACIONES Y TRATAMIENTOS PREVIOS

Indique lugar, fecha, motivo, resultados principales:
Soluciones informales intentadas por el/la joven, la familia o redes cercanas:

## DIAGNÓSTICO, SÍNTESIS E INDICACIONES

### DIAGNÓSTICO CIE 10<sup>72</sup>

Eje I	Trastorno psiquiátrico.
Eje II	Trastornos del desarrollo y de la personalidad.
Eje III	Coeficiente intelectual.
Eje IV	Patología médica.
Eje V	Factores psicosociales.
Eje VI	Discapacidad.

### DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO:

Desde una perspectiva comprensivo-evolutiva, incluyendo aspectos del proceso adolescente, de psicopatología, de dinámicas relacionales. Puede incluir hipótesis sistémicofamiliares<sup>73</sup>.

<sup>72</sup> Sección Trastornos Psiquiátricos para niños y adolescentes. Como alternativa, podría utilizarse el sistema DSM IV.

<sup>73</sup> Hipótesis sistémica. Se refiere a la explicación tentativa que involucra a todos los miembros del sistema familiar, que describe el sentido del comportamiento familiar en su dinámica de funcionamiento del cual la problemática de consumo es parte, expresándola en positivo, con salida, sin énfasis en las carencias o los problemas.

## INDICACIONES/PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

1) HOJA ANEXA DE OBSERVACIONES (si se requiere detallar algún aspecto anterior, u otro distinto).



## Anexo 3

### Compromiso biopsicosocial

#### DIMENSIÓN BIOPSICOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
S A L U D  F Í S I C A  Y  M E N T A L	SALUD FÍSICA GENERAL	<p>Estado nutricional normal P/E; P/T Sin molestias o patología somática. Conocimiento de presencia de enfermedad crónica con tratamiento. Existen iniciativas de autocuidado e higiene.</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. Lesiones de piel (infecciones focalizadas, quemaduras). Presencia de caries dentales. Riesgo de desnutrición. Existen al menos, una o dos iniciativas de autocuidado relacionadas con 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 fanéreos severos y generalizados. Presencia de enfermedades crónicas no diagnosticadas o diagnosticadas pero con abandono de tratamiento actual. Presencia de caries dentales con pérdida de pieza e infecciones. Pérdida o abandono de autocuidado físico.</p>

## DIMENSIÓN BIOPICOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
<b>S A L U D  F Í S I C A  Y  M E N T A L</b>	<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<p>Inicio de actividad sexual sin protección, riesgo de embarazo, riesgo de ITS o tratada. Consulta a la red de salud en pos de ayuda o información. Actividad sexual asociada a vínculo e intimidad de pareja.</p>	<p>En ocasiones, actividad sexual sin protección. Alto riesgo de embarazo. Presencia de ITS o mal tratadas. No hay iniciativas personales de consulta a la red de salud, a pesar de saber que es necesario. Ha utilizado, al menos una vez, la atención primaria en salud sexual y reproductiva, debido a acompañamiento o derivación de terceros. Embarazo llevado a término bajo cuidados y control médico. Actividad sexual asociada en ocasiones, a vínculo e intimidad de pareja.</p>	<p>Actividad sexual sin protección, ITS a repetición. Repetitivos embarazos, abortos naturales o inducidos, sin control médico. Embarazo adolescente llevado a término, sin cuidados ni control médico prenatal. Prácticas de comercio sexual.</p>

## DIMENSIÓN BIOPICOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
<b>D E S A R R O L L O  S O C I O E M O C I O N A L</b>	<b>CAPACIDAD RELACIONAL Y ADAPTATIVA</b>	<p>Internalización de límites, normas, en algún contexto específico (escuela, familia, comunidad). Problemas con figuras de autoridad, con resolución no violenta. Proceso de autonomía e independencia situado en el conocimiento y la experimentación, con capacidad de autocontrol en contextos específicos. Sin mayores dificultades en su inserción de escuela, de grupo de pares o de comunidad. 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. Dificultades en proceso de separación y de autonomía. Integración e inserción a grupo de pares vivida con tendencia a la dependencia o aislamiento. Tendencia al conflicto relacional con resolución a través de la violencia sin daños directos a personas (intra- o extrafamiliar). Integración parcial a red social. Al menos en una ocasión ha estado en el circuito DEPRODE y DEDEREJ (SENAME).</p>	<p>Conflicto familiar, entre pares o escuela, con resolución a través de agresividad y provocación permanente. Nula tolerancia a la frustración. 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. Exclusión social. Violencia como referente de identificación. Incluye daños directos a las personas (familiar o extrafamiliar). Sin integración a redes sociales formales. Varias entradas a centros de SENAME (DEDEREJ).</p>

## DIMENSIÓN BIOPSIOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
F A M I L I A	FIGURA VINCULAR O PROTECTORA	<p>Hay presencia de figura vincular protectora, pero inestable. La empatía con el adolescente surge ante los problemas. No visualiza las necesidades en forma permanente. Hay presencia de algún vínculo significativo, que tiene alta importancia para el joven y que puede fortalecer el tratamiento en su parte individual.</p>	<p>Existe una figura protectora, pero que no contiene al adolescente. Existe otro significativo, pero su capacidad de protección no es efectiva. Escasa empatía. Tendencia a centrarse en las propias necesidades, incorporando al niño, niña o adolescente a ellas.</p>	<p>Figura protectora que en la actualidad no se manifiesta como tal. Historia de abandono y negligencia. Sin capacidad de protección y contención de la figura significativa (adulto). La(s) figura(s) significativa(s) expone (n) al niño, niña a situaciones dolorosas, estresantes, de manera repetida y crónica. Figura inaccesible, insensible, peligrosa, amenazante, impredecible, rechazante.</p>



## DIMENSIÓN BIOPICOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
F A M I L I A	FIGURA VINCULAR O PROTECTORA	<p>Familia estructurada, rígida. Dificultad para establecer normas y límites, roles y funciones. Padres compiten por dominar. Relaciones de dominancia-sumisión. Parentalidad parcial. Autonomía en la función parental, pero son dependientes en momentos de crisis. Roles estereotipados. Tendencia a no supervisar. Presencia de trabajo informal, cesantía intermitente. Ausencia parental por muerte o abandono. Familia uniparental. Relación con relativa desconfianza. Ambivalencia no aceptada. Presencia de trastornos de conducta, neurosis en alguno(s) de sus</p>	<p>Parentalidad disfuncional con padres transitoriamente incompetentes. 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. Cesantía. Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento de algún miembro. Abandono afectivo de la familia. Hacinamiento. Castigo físico o psicológico como estrategia de crianza. Lazos débiles o distantes. Hostilidad. Individuación a través de la distancia. Presencia de adicciones, psicosis reactivas, trastorno psiquiátrico compensado, depresiones, en algún (nos) miembro (s). Mantiene relaciones con familia extensa.</p>	<p>Estructura familiar, coalición padre/hijo (generalmente madre/hijo problemático, padre inefectivo y excluido). Parentalidad disfuncional severa y crónica, hasta la toxicidad parental. Familia ausente o presente multiproblemática. VIF (psicológica y física) y/o maltrato, abuso sexual como pauta relacional. Alcoholismo y drogadicción en miembros de la familia. Fusión, límites difusos, identidades poco claras, acusaciones, chivos emisarios, invasiones. Desconfianza, percepción de maldad. Cesantía crónica o indigencia. Familias desvinculadas de las redes. Impermeables a la ayuda profesional. Presencia de trastorno psiquiátrico grave, conductas infractoras. Abandono afectivo y material.</p>

## DIMENSIÓN BIOPICOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
<b>R E P A R A C I Ó N</b>		<p>Tendencia a desconfiar de sí mismo o de los demás. Siente dudas de ser querido/a. Responde positivamente ante vínculo protector, aunque reserva cierta ambivalencia</p>	<p>Contextos de negligencia. Vivencia de maltrato y violencia. Experiencia de abandono. Traumatización por experiencia de abuso o maltrato sufrida en algún momento de la infancia que no es capaz de recordar. 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. Politraumatización por experiencias repetidas de abuso o maltrato. Vivencia de “la vida es así”. Maltrato y violencia física y psicológica sostenida en el tiempo. Abuso sexual y violación (intra- o extrafamiliar), y/o crónico. Patología del abandono. Desconfía, teme la relación, exige, actúa su sufrimiento. Sin acceso a la palabra.</p>

## DIMENSIÓN BIOPICOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
C O N D U C T A  I N F R A C T O R A		<p>Construcción identitaria infractora vivida con cierta flexibilidad por parte de los jóvenes. El joven identifica posibilidades y tiene claro que este es un momento en su vida, no un paso necesario. 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. 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 leyes es la única manera de salir adelante. Hay una idealización de llegar a ser mejor infractor (internacional). La imagen social de la vestimenta del infractor cobra importancia y status entre pares, ocasionando conductas delictivas en su búsqueda.</p>

## DIMENSIÓN BIOPSIICOSOCIAL

ÁREAS	COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL (CBPS)		
	CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
C O N D U C T A  I N F R A C T O R A	<p>Transgresión ligada al proceso de desarrollo genera crisis aisladas en el espacio familiar, la escuela, pares, entre otros, debido a la disfuncionalidad que presentan los diversos contextos para afrontar estas crisis.</p> <p>La infracción está relacionada con aceptación de grupo de pares y características propias de la adolescencia. <b>Conducta infractora:</b> aislada no repetitiva, ocasional y sin provocar daños importantes a las personas, animales y/o propiedad.</p>	<p>Tendencia al conflicto relacional. Dificultad en la internalización de límites y normas. Actitud provocadora y de desafío a la autoridad en forma reiterada. <b>Conducta infractora:</b> La infracción se realiza en el hogar y entornos “significativos” y de forma individual. Presencia de hurtos ocasionales. Individuación a través de la transgresión. La conducta transgresora es funcional, puede ser parte de su cultura familiar.</p>	<p>Presencia de historia de vida asociada al delito. Dependencia a grupo de pares y de adultos con conducta delictual. La actividad asociada al delito cobra una gran relevancia a nivel cognitivo y conductual. <b>Menor severidad:</b> cuando ésta responde a presencia de eventos psicoestresantes graves. Ej.: abuso sexual, muerte de uno de los padres, abusos físicos graves y persistentes, conflictos armados. <b>Mediana severidad:</b> se encuentran comportamientos graves asociados 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, asociada a comorbilidad psiquiátrica (Déficit Atencional, enfermedad bipolar tipo I, entre otros). <b>Mayor severidad:</b> 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. Dificultad para empatizar con las víctimas y de responsabilizarse por sus conductas infractoras. Actividades relacionadas con la infracción mantenidas por 1 año y con gran frecuencia. Internalización de conductas.</p>

## DIMENSIÓN BIOPSIOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
I N T E G R A C I Ó N  S O C I A L		<p>Escasa permanencia. Ocio /Pares. Diaria y creciente. Dificultades transitorias y reactivas a situaciones puntuales. Grupo de pares permanente, con actividades recreativas de distinta índole. Sin conductas disociales.</p>	<p>Diaria y creciente. Trabajo pares. 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.</p>	<p>Gran parte del día o todo el día. En actividades de sobrevivencia. En transición o situación de la calle (“caletas”). Pertenencia a grupos con conductas disociales (conductas infractoras, de consumo y de violencia), o grupos de caleta. Sin referencia a otros grupos de pertenencia.</p>

## DIMENSIÓN BIOPICOSOCIAL

	ÁREAS	COMPROMISO BIOPICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
S A L U D  F Í S I C A  Y  M E N T A L	SALUD MENTAL	<p>Presencia de caracteres propios de la crisis de la adolescencia: inestabilidad emocional, anhedonia, presentismo, hedonismo, entre otras. 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. Ideación suicida sin intencionalidad. Psicopatología crónica compensada como trastorno por ansiedad, trastorno del ánimo moderado.</p>	<p>Con psicopatología aguda o crónica descompensada (trastorno esquizofrénico, trastorno de ansiedad grave, trastorno del ánimo, incluido el bipolar). Presencia de alteraciones psicológicas asociadas al consumo de drogas, como síndrome de abstinencia severo, entre otros. Intento de suicidio.</p>

## Anexo 4

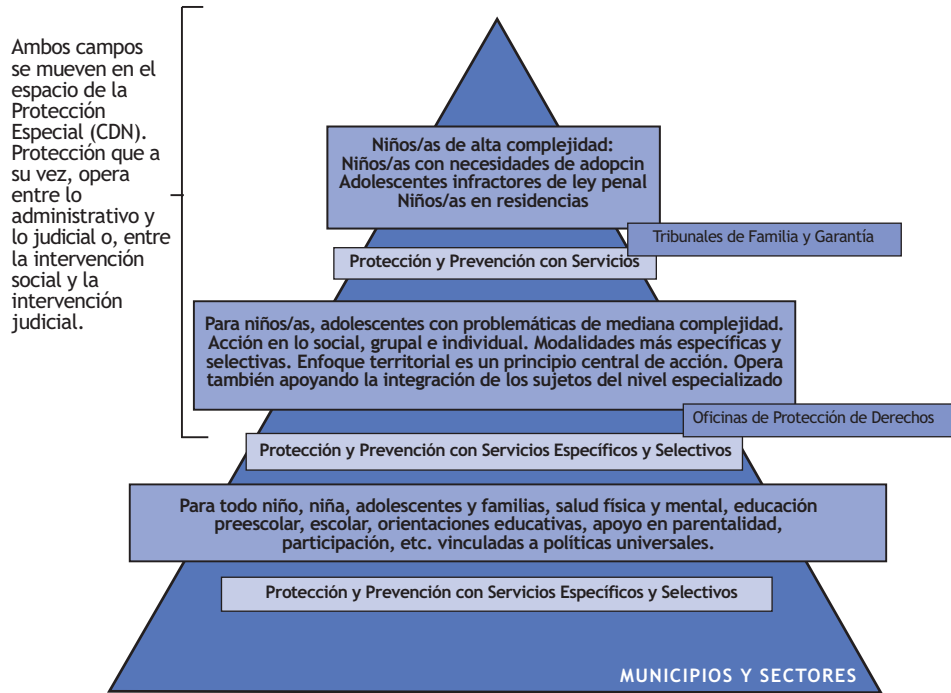
**Tabla de definición de prestaciones**

Prestación	Descripción
Consulta de salud mental.	Evaluación y diagnóstico psicosocial, psicoeducación, apoyo en la continuación de tratamiento, trabajo en la prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades y, por último, la referencia asistida a atención médica somática general o psiquiátrica.
Psicoterapia.	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y objetivos de tratamiento.
Consulta médica.	Instancia de evaluación médica general o de especialidad y diagnóstico. Es una instancia para establecer las indicaciones médicas y eventual prescripción farmacológica. Alta o referencia a atención especializada es una acción a tener en cuenta en todo momento.
Consulta psicológica.	Instancia de evaluación y diagnóstico psicológico que complementaría las otras evaluaciones que se estarían llevando a cabo.
Psicodiagnóstico.	Aplicación de tests psicológicos que permitan complementar el diagnóstico clínico, desde los ámbitos cognitivos, emocionales y de personalidad.
Psicoterapia grupal.	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y objetivos de tratamiento. La dimensión recreativo-deportiva, educativa y vincular deberían estar presentes en estas intervenciones.
Consulta psiquiátrica.	Instancia de evaluación y diagnóstico psiquiátrico. Teniendo en cuenta una exhaustiva valoración psicopatológica, con las consideraciones etarias correspondientes. Se establece la indicación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.
Psicoterapia familiar y/o de pareja.	Este tipo de terapia centra su actuación en el asesoramiento, intervención y tratamiento a familias o parejas que lo necesiten.
Visita de salud mental escolar y coordinación educacional.	Evaluación y diagnóstico social y escolar, psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente.
Visita de salud mental laboral.	Evaluación y diagnóstico social y laboral, psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente.
Consultoría/enlace de salud mental.	Atención conjunta de adolescentes y/o familiares, reuniones clínicas y de coordinación entre equipo de salud general y/o profesionales de otros servicios clínicos y/o equipo servicio de urgencia.





ESQUEMA GENERAL SOBRE LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



“Es desde el tercer nivel de prevención especializado, que el servicio estructura este **Sistema Nacional de Atención Socioeducativa para Infractores de Ley**. Se parte del reconocimiento de que son sujetos de derechos, así como lo son aquellos niños, niñas y adolescentes que han sido más bien vulnerados en sus derechos, pero también son considerados por la nueva legislación especial para infractores de ley adolescente, responsables de los actos que cometen, desde una perspectiva reparatoria, rehabilitadora e integradora. En este sentido, la atención y la canasta básica de prestaciones debe permitir realmente la futura inserción laboral de estos adolescentes, por ello, entendemos el sistema como una inversión que el Estado realiza en un capital humano valioso, más que un gasto social, el cual es necesario realizar por consideraciones éticas y morales”.

Desde la terapia ocupacional surge el Modelo de Ocupación Humana, que durante los últimos años ha sido un aporte en el tratamiento de las drogodependencias en nuestro país como una herramienta metodológica para trabajar los objetivos a alcanzar en esta etapa del tratamiento.

El Modelo (MOH) plantea que la actividad espontánea es la característica fundamental de los seres vivos, llegando en el hombre a conformar la **ocupación**,

la cual se define como todo comportamiento motivado intrínsecamente por la búsqueda consciente de ser efectivo en el ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización. Este concepto se basa en diferentes fuentes recogidas desde la psicología centrada en la motivación, acerca de los conceptos de competencia; los trabajos sociológicos basados en la teoría de la adquisición de roles, en los trabajos antropológicos que explican la cultura como sistema que modela y da significado al comportamiento.

Este es un concepto que “sugiere un perfil de programas de intervención que proporcione oportunidades para desarrollar comportamientos eficaces y competentes; desarrolle destrezas que apoyen el desempeño de roles deseados; provea de estrategias que aseguren la socialización a los requerimientos del grupo cultural y apoyen las rutinas satisfactorias de la vida diaria”.

Para explicar de qué manera se elige, organiza y ejecuta el comportamiento ocupacional, el Modelo de Ocupación Humana conceptualiza al hombre como un sistema compuesto por tres componentes: **volición, habituación y desempeño**.

### **VOLICIÓN**

Se define como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser como actor en el mundo y cuyo propósito es seleccionar el comportamiento ocupacional.

Se construye en base a varias dimensiones que la definen con más precisión:

1. Causalidad personal: conocimiento de la capacidad (habilidades y limitaciones) y sentido de la eficacia (sentido de control sobre nuestro comportamiento y sobre los resultados que queremos producir para ese comportamiento).
2. Valores: grupo de convicciones de sentido común dentro de una cultura, acerca de lo que es importante en la vida.
3. Intereses: disposiciones para encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y en el autoconocimiento de esas ocupaciones.

### **HABITUACIÓN**

Que organiza el comportamiento ocupacional en base a patrones o rutinas. Consolida las elecciones habituales del subsistema volición y las integra dentro de patrones predecibles. Para describirlo se utilizan dos conceptos:

1. **Hábitos**: son imágenes que guían la rutina y las formas típicas en que una persona se desempeña.

2. **Roles:** son imágenes que las personas mantienen de sí mismas como ocupando posiciones en los grupos sociales y las obligaciones o expectativas que las acompañan.

### **Ejecución**

Es un conjunto de imágenes y estructuras biológicas y procesos, los que están organizados en habilidades y son utilizados en la producción de un comportamiento con propósito. Estas habilidades se pueden dividir en perceptivomotoras, de procesamiento o elaboración y de comunicación-interacción.



# BIBLIOGRAFÍA

Aron, Ana María PhD.; Llanos, María Teresa. Cuidar a los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, Año 20, N° 1-2, págs. 5-15.

Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C. et al. *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, 1999.

Blondell, R. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *American Family Physician* (2005). 71:495-502.

Bukstein, O. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)* (2004):25.

Carrol, K.; Rounsaville, B. and Gawin, F. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse* (1991). 17: 229-247.

Chamber, R.; Taylor, J. and Potenza, M. Developmental neurocircuitry in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry* (2003). 160:1041-1052.

Clark, D. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction* (2004). 99:5-22.

Compton, W.; Thomas, Y.; Conway, K. et al. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *American Journal of Psychiatry* (2005):162-168.

Currie, J. and Focus Consultants for Canada's Drug Strategy Division. *Prácticas Óptimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas*. Canada's Drug Strategy Division Health, 2001.

Deas, D. and Thomas, S. E. An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment. *American Journal on Addictions* (2001). 10(2): 178-189.

Dennis, M., Godley, S.; Diamond, G. et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* (2004). 27:197-213.

Dunn, C.; Deroo, L. and Rivara, F. The Use of Brief Interventions Adapted from Motivational Interviewing Across Behavioral Domains: a Systematic Review. *Addiction* (2001). 96(12):1725-1742.

Edwards, G.; G. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* (1976). 1:1058-61.

Flores, P. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment, 2005.

Fulkerson, J. A.; Harrison, P. A. and Beebe, T. J. DSM-IV Substance Abuse and Dependence: Are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents. *Addiction* (1999). 94(4):495-506.

Gnecco, Gilda. Modulo de Calidad Diplomado Gestión de Calidad, Universidad de Chile 2005

Harrison, P. A.; Fulkerson, J. A., and Beebe, T. J. DSM-IV Substance Use Disorder Criteria for Adolescents: A Critical Examination Based on a Statewide School Survey. *American Journal of Psychiatry* (1998). 155:486-492.

Kaczynski, N. and Martín, C. Diagnostic Orphans: Adolescents With Alcohol Symptoms Who Do Not Qualify for DSM-IV Abuse or Dependence Diagnoses. *American Journal of Psychiatry* (1999). 156:897-901.

Kaminer, Y.; Bureson, J. A.; Blitz, C. et al. Psychotherapies for the Adolescent Substance Abuser: A Pilot Study. *J. Nerv. Ment Di* (1998). 186(11):684-690.

Kaye, D. L. Office Recognition and Management of Adolescent Substance Abuse. *Current Opinion in Pediatrics* (2004). 16:532-541.

Knight, J. R.; Sherritt, L.; Van Hook, S. et al. Motivational interviewing for adolescent substance abuse: A pilot study. *Journal of Adolescent Health* (2005). 37:167-169.

Liddle, H. A. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction* (2004). 2:76-92.

Mack, A. H. and Frances, R. J. Treatment of Alcohol Use Disorders in Adolescents. *Journal of Psychiatric Practice* (2003). 9(3).

Marlatt, G.A. and Gordon, J.R. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour. Guilford Press, 1985.

Mattick, T. and Hall, W. Are Detoxification Programmes Effective? *Lancet* (1996). 8994:97-100.

Mayo and Smith, M. F. Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal: A Meta-Analysis and Evidence-Based Practice Guideline. *Journal of the American Medical Association* (1997). 278(2):144-151.

Mc Lellan, A. T. Drug addiction as a chronic mental illness: implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *Journal of the American Medical Association* (2000). 13(284).

McCambridge, J. and Strang, J. Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction* (2005). 100:470-478.

Miller, W. Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction* (1983). 100:421.

Ministerio del Interior-CONACE. Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile. CONACE, 2003a.

Ministerio del Interior-CONACE. Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. CONACE, 2003b.

Monti, P.; Colby, S. and O'Leary, T., eds. *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse Reaching Teens Through Brief Interventions*. The Guilford Press, 2001.

Naciones Unidas-Oficina contra la Droga y el Delito. Manual sobre abuso del tratamiento de drogas. Naciones Unidas, 2003.

O'Brien, C. P. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *American Journal of Psychiatry* (2005). 162:1423-31.

O'Leary T. and Monti, P. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction* (2004). 2 Suppl:63-75.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud, Oficina de publicaciones, 2001.

Vocci, F.; Acri, J. and Elkashef, A. Medication development for addictive disorders: the state of the science. *American Journal of Psychiatry* (2005). 162:1432-40.

Waldron, H.; Slesnik, N.; Brody, J. et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7- month assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (2001). 69: 802-13.

Winters, K. Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders. U.S. Department of Health and Human Service. Center for Substance Abuse Treatment, 1999.

Woody, G. E. Research Findings on Psychotherapy of Addictive Disorders. *American Journal on Addictions* (2003). 12.



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

