

# ORIENTACIONES TÉCNICAS



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE JUSTICIA  
Sename



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Conace

## Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores



Octubre - 2007

**MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE ENFERMEDADES  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**MINISTERIO DE JUSTICIA  
SERVICIO NACIONAL DE MENORES  
DEPARTAMENTO DE RESPONSABILIDAD  
JUVENIL  
DEPARTAMENTO DE PROTECCION Y  
DERECHOS**

**MINISTERIO DEL INTERIOR  
CONSEJO NACIONAL DE CONTROL  
DE ESTUPEFACIENTES  
AREA DE TRATAMIENTO**

### Mesa Técnica SENAME - MINSAL - CONACE

A.S. María Angélica Caprile A.	Profesional Depto. Salud Mental Ministerio de Salud
Dra. Fabiana Graieb (Psic.)	Profesional Departamento de Redes y Estudios SENAME
Psic. Francisca León	Profesional Departamento de Protección de Derechos SENAME
A.S. Loreto Martínez	Jefa Departamento Protección de Derechos SENAME (DEPRODE)
Dr. Alberto Minoletti S.	Jefe Departamento Salud Mental, Ministerio de Salud
Dr. Mariano Montenegro	Jefe Area Tratamiento CONACE
A.S. Isabel León	Profesional Área Tratamiento CONACE
Psic. Rodrigo Navia	Profesional Departamento de Responsabilidad Juvenil SENAME
Dra. Vilma Ortiz	Asesor MINSAL
Dra. Fanny Pollarolo	Jefe Departamento de Responsabilidad Juvenil SENAME (DEDEREJ)
Dr. Mario Ramírez L.	Jefe Departamento Diseño y Organización de la Red Asistencial MINSAL
Mg Carmen Gloria Quintana (Psic.)	Profesional Departamento de Redes y Estudios SENAME
A.S. Cecilia Salinas	Profesional Departamento de Responsabilidad Juvenil SENAME
Psic. Valentina Sepúlveda	Profesional Departamento de Protección de Derechos SENAME

### Responsables de la edición

A.S. María Angélica Caprile A.	Depto. Salud Mental Ministerio de Salud
Psic. Magdalena Donoso T.	Depto. Diseño y Operación de Redes, MINSAL
Dra. en Psic. Fabiana Graieb	Estudios SENAME
E.U. Patricia Narváez E.	Depto. Salud Mental Ministerio de Salud
A.S. Cecilia Salinas.	Depto. de Responsabilidad Juvenil SENAME
Mg. en Psic. Carmen Gloria Quintana.	Estudios SENAME
A.S. Claudia Valenzuela A.	Depto. Diseño y Operación de Redes MINSAL

### Colaboraron en la revisión

Dra. Fanny Pollarolo	Jefe Departamento de Responsabilidad Juvenil SENAME (DEDEREJ)
A.S. Loreto Martínez	Jefa Departamento Protección de Derechos SENAME (DEPRODE)
Sra. Andrea Bastías	Departamento de Protección de Derechos SENAME
E.U. Irma Rojas	Depto. Salud Mental Ministerio de Salud
A.S. Claudia Saavedra	Departamento de Protección de Derechos SENAME
Dr. Alberto Minoletti	Jefe Departamento Salud Mental, Ministerio de Salud
Psic. Francisca Infante	Profesional de la División de Políticas Públicas del Ministerio de Salud

Indice	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN	5
II.- ANTECEDENTES GENERALES	8
III.- EPIDEMIOLOGÍA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE VULNERADA EN SUS DERECHOS Y/O INFRACTORA DE LEY	11
IV.- PREMISAS PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE CON TRASTORNOS MENTALES, VULNERABILIDAD SOCIAL E INFRACTORA DE LEY	17
V.- PRINCIPALES DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA PARA POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE	29
1 Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio / Comunitario	30
2 Hospital de Día de Adolescentes	31
3 Residencias Protegidas especializadas para Adolescentes con trastornos conductuales severos	32
4 Atención de Urgencia (SAPU y SAMU)	33
5 Unidades Clínicas de Hospitalización Cerrada	34
6 Unidades de Psiquiatría Forense Adolescentes	37
VI.- FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN SEGÚN POBLACIÓN ESPECÍFICA	40
1 Atención en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes de Protección, con Trastorno Mental/ Trastornos del Desarrollo	40
2 Atención en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes de Protección con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas	41
3 Atención Salud Mental de Adolescentes Inimputables por Trastorno Mental	42
4 Evaluación Población Adolescente Infractora por Consumo Problemático de Alcohol y Drogas	43
5 Atención Salud Mental de Adolescentes Condenados, con Sanción en Medio Libre o Sistema Semicerrado con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas	44
6 Atención de Salud Mental de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales y sin Sanción Accesoría	45
7 Atención Salud Mental de Adolescentes Condenados, con Sanción Privativa de Libertad con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales	46
8 Adolescentes Condenados con Sanción en Medio Libre que cursan Trastorno Mental	47
9 Adolescentes Condenados en Medio Privativo de Libertad, que cursan con un Trastorno Mental	48
10 Atención Salud Mental para Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y/o Trastorno Mental con Suspensión Condicional de la Pena	49
VII. BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	52

## I.- INTRODUCCIÓN

El Servicio Nacional de Menores (SENAME), como institución del Estado, tiene por responsabilidad, el cuidado, protección e integración familiar y social de niñas, niños y/o adolescentes, menores de 18 años, con altos índices de vulnerabilidad física, psicológica y social. Su misión consiste en liderar, promover y fortalecer un Sistema Nacional de Protección de los Derechos de niños, niñas y adolescentes vulnerados y de responsabilización de los infractores de ley, a través de programas integrales de atención que permitan una oportuna restitución y reinserción social, con un enfoque intersectorial, territorial y de calidad.

Este Servicio contaba al mes de Diciembre del año 2006, con 83.000 niños, bajo su protección legal. De ellos/as, 19.000 se encuentran en modalidad residencial y 64.000 en modalidad ambulatoria. Del total de esta población, 5.500 niños, niñas y adolescentes, están vinculados a problemas con la justicia penal<sup>1</sup> y 75.500 en el área de protección de derechos.

En esta población infantil y adolescente existe un daño social de tal magnitud que impacta su desarrollo, así como, la salud general y por ende, se encuentra afectada también su salud mental. Aproximadamente un 10% ha desarrollado un trastorno mental severo<sup>2</sup>, lo que complejiza aún más el estado de salud y el abordaje psicosocial y terapéutico.

La experiencia desarrollada por los equipos técnicos del SENAME con el Sistema de Salud, señalan una respuesta adecuada ante la necesidad de servicios asistenciales para los aspectos relacionados con la salud física de esta población, no así para los aspectos relacionados con la salud mental, requiriendo estrategias, acciones y coordinaciones que mejoren las dificultades presentadas en el acceso y oportunidad de la atención.

---

1 SENAME Boletín estadístico 2006

2 Información recopilada de jóvenes COD-CERECO primer semestre de 2005, por tanto es información acotada al Dederej

El presente documento, se enmarca en los lineamientos de política expresados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001<sup>3</sup>, del Ministerio de Salud, en relación a la atención de la salud mental de la población bajo un modelo de atención comunitaria. Además, comparte el enfoque conceptual y metodológico de la actual política de protección a la infancia impulsada por el Gobierno<sup>4</sup>, a través, del Sistema de Protección Integral a la Infancia. Del mismo modo, comparte objetivos con la Política de Seguridad Pública.

Su propósito, es orientar la atención de salud mental para el acceso oportuno y expedito de niños, niñas y adolescentes, con vulneración de derechos, e infractores de ley, que presentan un trastorno mental severo, incluyendo el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Atención que debe estar organizada y otorgada con enfoque de gestión de calidad, incorporando la perspectiva de género en los programas de acción ejecutados.

En este contexto, las acciones sanitarias de responsabilidad del sistema de salud recomendadas por estas orientaciones técnicas, están vinculadas con la prevención, tratamiento y rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes que presentan trastornos mentales, lo que requiere de la complementariedad de las acciones psicosociales otorgadas por SENAME, con aquellas clínicas y psicosociales implementadas por la red de prestadores públicos y/o bajo convenio.

Considerando la complejidad y gravedad de los trastornos que presenta esta población, asociado a los problemas psicosociales a los que está expuesta, los expertos en esta materia recomiendan que las intervenciones deben efectuarse principalmente en los niveles de especialidad del Sistema de Salud.

---

3 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001 MINSAL.

4 Documento del Consejo Asesor Presidencial MIDEPLAN 2006.

Esto no significa, negar el importante rol que tienen los centros de atención primaria en la atención de los problemas de salud física y problemas de salud mental que presentan estos niños, niñas y adolescentes, sino, por el contrario, relevar las oportunidades de alcanzar una intervención precoz en la detección y etapas tempranas del desarrollo de algún trastorno mental, con la disposición y articulada acción de los recursos institucionales locales y centrales.

## II.- ANTECEDENTES GENERALES

La Reforma a la Salud (2004), privilegia abordar grupos de riesgo con énfasis en los determinantes sociales de la salud, por lo que sus políticas están orientadas a que toda acción sanitaria reconoce a la persona como sujeto de derecho, desde su gestación y a través de todo su ciclo vital, en interacción con su medio ambiente. Las acciones sanitarias deben poner énfasis en consecuencia, en la promoción, prevención y el tratamiento oportuno y rehabilitación para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

Por otra parte, la Reforma Integral al Sistema de Justicia y Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia, que recoge el espíritu de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (firmada por el Gobierno de Chile en 1990) fue implementada por SENAME en el año 2000. La misma consistió en la separación del sistema de atención a los niños y jóvenes, en una oferta judicial y administrativa para los jóvenes infractores de ley penal, por una parte y, en un abordaje integral de promoción y protección de los derechos de los niños por otra.

La actual política de SENAME, promueve intervenciones complementarias en materias de protección como de reinserción social de adolescentes infractores de ley penal, ya que, en un mismo sujeto pueden coexistir diversas necesidades, requiriéndose el abordaje de las dos áreas de atención y de otros organismos públicos especializados.

En el año 2000 se establece un convenio marco entre Ministerio de Justicia (MINJU), el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Ministerio de Salud (MINSAL), el que señala que “debe existir mutua cooperación para el expedito acceso de los niños, niñas y adolescente a todas aquellas prestaciones de salud que sean necesarias para su desarrollo integral”, y explicita con especial énfasis: “rápido ingreso, la atención expedita y oportuna a los niños, niñas y adolescentes que concurran a los niveles de atención primaria, secundaria, de especialidades y



exámenes, y de hospitalización, evitándoles esperas, considerando que su condición no lo hace aconsejable”<sup>5</sup>.

El convenio, indica a su vez que la inscripción de la población infanto juvenil de los centros de administración directa de SENAME, en cualquier nivel de atención, será clasificada en el grupo A del Régimen de Prestaciones de Salud que establece la Ley N° 18.469, en razón de su calidad de indigencia y dependencia del Estado para todos los efectos de su subsistencia y cuidado.

En el trabajo de coordinación entre ambas instituciones, se establece una mesa técnica SENAME-MINSAL, la cual, desde el año 2005, avanza en propuestas de modelos de atención en salud y su operacionalización, con el propósito de difundir y coordinar en las regiones y Servicios de Salud, los acuerdos alcanzados a nivel nacional, así como, dar inicio, o en su caso, reactivar las mesas técnicas regionales para la implementación de las acciones de salud necesarias, lo que conduce el segundo semestre del año 2006 al desarrollo del *“Primer Taller Intersectorial en Salud Mental para niños, niñas y adolescentes” SENAME-MINSAL 2006*, sus principales conclusiones fueron:

- § Necesidad de estimar la demanda de niños/as y adolescentes con trastornos de salud mental.
- § Necesidad de especialistas para la atención infanto-adolescente.
- § Ausencia de protocolos consensuados para derivación desde Sename a Servicios de Salud
- § Realización de capacitación donde se incorporen otros actores (Carabineros de Chile, Gendarmería, por ejemplo)
- § Necesidad de abordaje intersectorial desde los servicios y programas sociales pertinentes.
- § Destinar recursos humanos y financieros para la adecuada implementación y acceso de la población infanto – juvenil a programas de atención de salud mental integral.

<sup>5</sup> Convenio MINSAL; MINJU, SENAME 2000

<sup>6</sup> Documento Informe Final de Jornadas Zonales MINSAL- SENAME, Marzo.2007

Otra de las principales acciones realizadas, ha sido la coordinación establecida entre el Ministerio de Salud (MINSAL), el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y la Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) para el abordaje intersectorial, respecto a la atención de los adolescentes infractores de la ley penal, (Ley 20.084) cuyo resultado fue la Norma Técnica N° 85<sup>7</sup> que orienta sobre la atención y tratamiento de los adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos mentales en el Sistema Público de Salud.

Finalmente SENAME, deberá continuar ajustando su práctica a los nuevos desafíos para la reinserción familiar y social, en mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes que atiende. Por su parte, el sistema público de salud debe mejorar progresivamente la oferta de atención de la salud mental y salud general para esta población.

---

7 Norma Técnica N° 85 Ministerio de Salud, Chile 2006

### III.- EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE VULNERADA EN SUS DERECHOS Y/O INFRACTORA DE LEY

Para efecto de estas orientaciones entenderemos niños y niñas de 0 a 9 años de edad. Adolescentes a aquellos hombres y mujeres entre 10 y 19 años de edad; y jóvenes a aquellos entre 19 – 24 años<sup>8</sup>. En el documento se hablará, de los primeros dos grupos de población también como infancia y adolescencia respectivamente , y como población infanto-adolescente.

La infancia, como una etapa decisiva en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, plantea desafíos especiales a los estudios epidemiológicos. En general, los problemas de salud mental en los niños y niñas se presentan como desviaciones cuantitativas del desarrollo normal y muchas de sus manifestaciones pueden interpretarse como simples reacciones frente a situaciones específicas. Es decir, sólo una proporción relativamente pequeña en la infancia se expresan como manifestaciones cualitativamente diferentes a los que se dan en algún momento del desarrollo. Con frecuencia en esta etapa, no es posible una distinción tajante entre trastorno mental y una alteración del desarrollo psicosocial<sup>9</sup>.

Por otra parte, la adolescencia es caracterizada por un período de transiciones biológicas, psicológicas y sociales que a pesar de ser ampliamente descritas, no hay un acuerdo unánime de dónde comienzan o donde terminan. Es por esto, que la gran mayoría de los acuerdos se refieren a la adolescencia como un rango etéreo entre los 10 y los 19 años marcada por el inicio de la pubertad, el desarrollo de habilidades cognitivas más avanzadas y la transición a nuevos roles en la sociedad<sup>10</sup>.

Sin embargo, las transiciones en esta etapa varían considerablemente dependiendo de las características biológicas, psicológicas, de género y sociales. Por ejemplo, en aquellos adolescentes que viven en situaciones de gran adversidad social

---

8 OPS, 2005. Youth Choices and Change: Promoting Healthy Behaviors in Adolescents

9 Las Enfermedades Mentales en Chile, MINSAL, 1999

10 OPS, Youth Choices and Change: Promoting Healthy Behaviors in Adolescents. 2005.

y psicológica, como la población bajo la protección de SENAME, donde la vulneración de sus derechos, es de tal magnitud, que ha impactado profundamente su desarrollo biopsicosocial, se estima que aproximadamente entre 30 a un 40% tiene un trastorno mental o del comportamiento<sup>11</sup>.

Dado el incipiente estado de desarrollo de la información, relativa a los perfiles clínicos de la población infanto juvenil atendida por SENAME, tanto de protección, como de aquella que ingresa por motivos de infracción de ley, y específicamente de aquella con trastorno mental; sólo es posible disponer de revisiones y/o evaluaciones realizadas con metodologías diversas de diagnóstico, que limitan conclusiones sobre la magnitud y naturaleza de la problemática. Sin embargo, es posible distinguir tres fuentes de información:

La primera, corresponde a un estudio realizado por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en los Centros de Administración Directa de SENAME<sup>12</sup>, tanto del área de protección de derechos como de infractores de ley, donde se evaluó clínicamente a 108 niños, niñas y adolescentes que presentaban las alteraciones conductuales más severas y en los cuales, se confirmó que el 100% de ellos/ ellas presentaban algún tipo de trastorno de salud mental.

Los principales diagnósticos encontrados fueron: Trastornos de conducta (41,6%), desorden oposicionista desafiante (24,1%), déficit atencional (26,8%), depresión mayor (20,4%), riesgo de suicidio (21,3%), trastornos bipolares (17,6%), dependencia de alcohol (17,6%), problemas de drogas (abuso y dependencia de sustancias, 15,8 y 11,1% respectivamente), trastorno de pánico (9,2%), trastorno post-traumático (8,3%), trastorno psicótico (7,4%), distimia (6,5%), entre otros.

Una segunda fuente de información, corresponde al 100% de los niños, niñas y adolescentes atendidos en los centros, proyectos y/o programas de protección de SENAME administrados por Instituciones acreditadas del Servicio<sup>13</sup> y señala que:

---

11 Diagnóstico de Salud Mental Psiquiátrico y Propuesta de modelo de atención de niños, niñas y adolescentes de los Centros de Administración Directa de SENAME. Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile. 2004.

12 Idem.

13 Estudio Departamento de Protección de Derechos(DEPRODE) SENAME2006

de aproximadamente sesenta mil niños, más de tres mil presentan problemas mentales severos, los cuales, han sido diagnosticados por profesionales especializados (psiquiatras, psicólogos, neurólogos en su gran mayoría) ya sea del sistema de salud o de los mismos centros, donde son usuarios los niños, niñas o adolescentes. Un alto porcentaje de éstos, se encuentran con tratamiento, pero hay más de 300 niños, niñas y adolescentes que, teniendo diagnóstico de trastorno mental severo, están actualmente sin tratamiento.

Sobre la base de datos solicitados a las Direcciones Regionales de SENAME respecto a los adolescentes infractores de ley, de un total de 3.401 adolescentes ingresados a los centros privativos de libertad durante el primer semestre del año 2005, aproximadamente un 10% presentó algún tipo de trastorno mental, diagnosticado por profesional psiquiatra<sup>14</sup>.

Un tercer estudio realizado por la Universidad Católica<sup>15</sup> ha dado importante información sobre las características del perfil de consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes infractores de ley y concluye: “Las estimaciones de dependencia calculadas según los procedimientos de CIE 9 muestran que 30% de los adolescentes pueden ser considerados dependientes sea en marihuana y/o cocaína (alrededor de 1.350 adolescentes con necesidades perentorias de tratamiento y rehabilitación).

En población privada de libertad, las estimaciones de dependencia a sustancias psicoactivas alcanzan casi al 50% (con 30% de los adolescentes comprometidos en adicción a cocaína), mientras que en población ambulatoria, la dependencia alcanza a 27%, con 11% de adicción a cocaína. Una estimación conservadora de necesidades de tratamiento debiera incluir toda la dependencia en población privativa (370 adolescentes) y, al menos, la dependencia en cocaína en población no privativa (404), lo que arroja una cifra de 774 infractores con necesidades urgentes de rehabilitación.

---

14 Estudio Departamento de Responsabilidad Juvenil (DEDEREJ) SENAME 2006

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

Recientemente el SENAME<sup>16</sup>, para efectos de orientar mejor sus servicios ha clasificado a los niños/as y/o adolescentes en tres niveles de complejidad. Los dos primeros (baja y mediana) corresponden aproximadamente al 90% de la población. El Nivel de Baja Complejidad presenta situaciones y/o conductas que se constituyen en señales de alerta a considerar, pero que no se manifiestan como daño evidente en niños/as y adolescentes en lo que al ejercicio de sus derechos se refiere. El Nivel de Mediana Complejidad presenta situaciones y/o conductas que se constituyen en evidentes señales de alerta, que provocan daño y/o amenazan los derechos de niños/as y adolescentes.

En ambos grupos de población que atiende la Red SENAME, se pueden encontrar diversas patologías psiquiátricas como retraso mental, trastornos orgánicos, trastornos generalizados y específicos del desarrollo, trastornos del comportamiento y disociales, alcohol, drogas y psicosis.

Los Niños/as y/o Adolescente de Alta complejidad del SENAME corresponden al 10 % de la población aproximadamente y se caracterizan por presentar situaciones y/o conductas que se constituyen en evidente riesgo o daño, a nivel individual, familiar y social, entre las que cuentan consumo problemático de drogas, desescolarización o deserción escolar, trastornos emocionales o conductuales, vida de calle, trabajo infantil, vinculación a conflictos con la justicia dentro de sus trayectorias de vida o por las que resulten inimputables ante la ley, contextos de violencia y riesgo vital. Todas ellas, situaciones que pudiesen o no darse simultáneamente en la población atendida.

Dentro de este grupo de alta complejidad psicosocial existe un subgrupo, que corresponde al 0,3 % de la población SENAME y representa los casos de mayor severidad. Dicha severidad es la resultante de la combinación de tres factores intervinientes. Estos aspectos se manifiestan entrelazados en diferentes niveles de gravedad. Los factores son: I.- Factor clínico, II.- Factor psicosocial y III.- Factor conductual.

---

<sup>16</sup> SENAME "La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de protección de derechos de la infancia y adolescencia periodo 2006-2010" (2007)

I.- Factor clínico:

- Trastornos mental orgánico
- Trastorno del ánimo severo unipolar o bipolar más trastorno del desarrollo de la personalidad
- Trastorno conductual
- Trastorno de ansiedad
- Más evidencias de trastorno en el desarrollo de la personalidad.
- Comorbilidad psiquiátrica en estos ámbitos

II.- Factor psicosocial:

Nivel de complejidad psicosocial moderada a severa de acuerdo a la pauta para niños, niñas y adolescentes en riesgo social desarrollada por CONACE<sup>17</sup> que contempla:

- Familia disfuncional moderada a grave o ausente
- Comunidad desorganizada, drogas y violencia
- Desescolarización o en riesgo de abandono escolar
- Vida de calle diaria a creciente, gran parte del día o todo el día y/o actividades de sobrevivencia
- Conductas trasgresoras en hogar, entorno o en relación a drogas o delitos
- Severos trastornos afectivos, conductuales y de relación
- Consumo de drogas moderado o de alto riesgo
- Conductas de explotación comercial sexual

---

<sup>17</sup> "Tratamiento del consumo de drogas para niños y adolescentes en vulnerabilidad social" Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE 2005

III.- Factor conductual - conductas disruptivas recurrentes:

- Conductas trasgresoras
- Falta de control de impulsos
- Auto y heteroagresiones
- Abandono reiterado de programas
- Altamente demandantes
- Sin o con escasos límites conductuales, no acata normas sistemáticamente

Por las estimaciones señaladas, la situación de demanda asistencial potencial en el ámbito de los trastornos mentales y conductuales de la población infantil y adolescente de SENAME en el país se expresaría de la siguiente forma:

Nivel de Complejidad	Población	% Población con trastorno mental	Demanda estimada
Bajo	74.700	35%	26.145
Medio			
Alto	8.300		2.905(*)
Totales	83.000		29.050

(\*) Esta población presenta la más alta severidad y complejidad en su cuadro clínico y psicosocial, demandando servicios con soporte estructural específicos e intervenciones de alta intensidad y de alta especialidad de equipos profesionales.



#### IV.- PREMISAS PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE CON TRASTORNOS MENTALES, VULNERABILIDAD SOCIAL E INFRACTORA DE LEY

##### 1. La Atención es Integrada, Integral y en Red de Servicios.

Las alteraciones al desarrollo biopsicosocial de la población infantil y adolescente atendida por SENAME es de tal magnitud y complejidad, que por este propio hecho, su salud mental se ve afectada en diversos planos del desarrollo.

Por lo anterior, las acciones para la protección, cuidado y la atención sanitaria deben reconocer en primer termino las vulneraciones vividas por la niña/el niño y adolescente, que influyeron en el desarrollo (afectivo, emocional, social, cognitivo, psíquico y moral), y la identificación de potencialidades desde las cuales, se construirá la intervención terapéutica apropiada. Lo anterior requiere de equipos profesionales especializados en temáticas sociales y clínicas con permanente actualización.

Una condición básica e ineludible para que cualquier intervención especializada logre los efectos esperados, es que los niños, niñas y adolescentes cuenten con un ambiente protector y cuidados que potencien sus capacidades y habilidades y sostenga la adherencia al tratamiento, asegurando la continuidad terapéutica que brinde el equipo de salud mental y psiquiatría de la red asistencial.

Asimismo, las acciones de protección, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción dirigidas a esta población, deben ser complementarias e integradas con todas las instancias que participan (educación, justicia, salud, seguridad pública, CONACE, protección social entre otros) y sinérgicas procurando la recuperación de la salud mental y reinserción social de los niños, niñas y adolescentes.

De hecho, estudios en desarrollo infantil y adolescente, demuestran que la atención integrada puede promover la resiliencia. Entendiendo resiliencia como la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas.

La resiliencia, es parte del desarrollo humano y puede ser promovida desde la niñez a través de intervenciones que abarquen los diferentes niveles o ámbitos donde las personas se desarrollan <sup>18</sup>, como puede ser un modelo de atención integral e integrado.

La implementación de un modelo de atención integrado e integral para atender a la población infantil y adolescente con problemas de salud mental debe considerar:

- Enfoque de Derechos Infanto-Juveniles
- Enfoque de desarrollo en infancia y adolescencia
- Autonomía progresiva
- Accesibilidad y oportunidad en la atención
- Énfasis en acciones de fomento y prevención
- Enfoque ecológico en cuanto a los factores de riesgo y factores protectores de la niñez y la adolescencia
- Enfoque de género en las intervenciones de los programas
- Tratamiento oportuno e integral
- Complementariedad de la intervención
- Rehabilitación e inserción familiar, escolar y comunitaria
- Enfoque de calidad en las acciones ejecutadas
- Evaluación continua de la calidad de la atención y motivación para planes de mejoramiento continuo de ésta.
- Enfoque de calidad sanitario-ambiental.

---

<sup>18</sup> Grotberg, 1995. en Kotliarenco et all. " Estado del Arte en Resiliencia " OPS 1996.

La perspectiva integral del abordaje considera, la intervención en red tanto, sanitaria como intersectorial, en la lógica del respeto por el ejercicio y protección de derechos, en concordancia con los tratados internacionales, y la actual política de protección a la infancia del Gobierno.<sup>19</sup>

A su vez, como ya se ha mencionado, la pesquisa precoz, el diagnóstico y tratamiento oportuno, aumenta exponencialmente la factibilidad de alcanzar resultados favorables de mantención de conductas sanas, recuperación de daño o vulnerabilidad, reinserción escolar, familiar y social de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales.

Según la evidencia, las estrategias más recomendadas para la población infanto juvenil infractora y que puede ser extendida a niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos son:<sup>20 - 21</sup>

- Centrar la intervención en las necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes, acorde a la etapa del desarrollo, género y su vulnerabilidad psicosocial
- Privilegiar el enfoque de sujeto de atención
- Reconocer un rol clave de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños niñas y adolescentes, cuando hay presencia familiar o en su defecto la presencia de un adulto significativo para el niño, niña o adolescente
- Reconocer que el desarrollo emocional, cognitivo y biológico están indisolublemente conectados
- Reconocer que la autovaloración tanto de los padres como de los niños, las niñas y adolescentes contribuye a resultados positivos de largo plazo
- La intervención temprana y oportuna favorece la reducción de daño y por tanto aumentan las probabilidades de obtener mejores resultados.

---

19 Informe Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, Junio 2006

20 Primer Informe Revisión de Evidencia del Tratamiento de Drogas en Población Adolescente Infractora de Ley 2007

21 Larrain, Soledad Estudio "Género y Adolescentes infractores de Ley, SENAME 2005

- Responder de manera integrada, articulada y coordinada, tanto entre los profesionales de un equipo, como en la interacción con profesionales de otras instancias, entre ellas SENAME, MINEDUC, Municipio entre otros.

## 2. La Atención es preferentemente ambulatoria y comunitaria

La evidencia científica, el avance en las tecnologías y enfoques de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos recomienda que la forma más eficiente y efectiva de abordar los problemas de salud mental en la población adulta, infantil y adolescente es de tipo ambulatorio/comunitario, con acciones cercanas a los lugares de residencia de las personas, evitando el desarraigo social y familiar<sup>22</sup>.

El enfoque comunitario, asimismo, contribuye a la reinserción social, principal objetivo del abordaje terapéutico en salud mental, enfoque que supera la institucionalización y propende a evitar estigmatización y discriminación asociadas históricamente al trastorno mental

En la población infantil y adolescente, y particularmente en aquella que se encuentra en situación de vulneración social y/o con infracciones a la ley penal, el enfoque comunitario alcanza máxima relevancia por la etapa propia del ciclo vital en que se encuentran los involucrados, asumiendo que es un momento de la vida donde se toman decisiones o ejecutan acciones que pueden influir de forma importante en el presente y el futuro de mediano plazo de los/as adolescentes.

---

22 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Ministerio de Salud Chile 2001.05

### 3. Desarrollo del Recurso Humano

La complejidad que presenta esta particular población dadas sus características de alta vulnerabilidad por daño psicosocial, y alteraciones severas en el desarrollo evolutivo, requiere de recursos humanos con competencias técnicas especializadas que aseguren una intervención integral con enfoques terapéuticos que procuren incorporar todas las variables protectoras, de riesgo y de daño que comprometen el desarrollo del niño/niña y adolescente, y las condiciones clínicas específicas del trastorno mental.

El informe de la OMS 2006<sup>23 - 24</sup>, reconoce el recurso humano como ámbito prioritario para avanzar en mayor equidad y calidad de la atención, así también, en la eficiencia de la gestión de los recursos, se reconoce una política de incentivos, de perfeccionamiento continuo y acciones de autocuidado como claves para alcanzar resultados efectivos y de calidad en esta población, en cuanto posibilite mejorar procesos de reinserción e integración social de esta población.

En concordancia con lo anterior, los equipos del área sanitaria que brinden atención a esta población deberán desarrollar abordaje interdisciplinario en sus intervenciones y sobre todo transdisciplinarios en sus prácticas profesionales, dada la alta exigencia técnica y metodológica que demanda este grupo de niños, niñas y adolescentes.

Entonces, el entrenamiento y capacitación de los equipos de Salud, SENAME y CONACE, debe incluir una oferta permanente de cursos de actualización y especialización en salud mental y psiquiatría infantil y del adolescente que considere:

- Desarrollo del niño, niña y adolescente,
- enfoque de género,
- vulnerabilidad y exclusión social,

---

23 OMS Informe Mundial de Salud 2006

24 WHO, Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, 2005

- pobreza,
- consumo problemático de sustancias psicoactivas,
- manejo clínico de patologías prevalentes,
- enfoque de derechos, redes sociales, familia, agentes protectores de contexto, soporte institucional,
- criminología en adolescencia,
- estrategias de prevención de burnout.

#### 4. Mejora Continua de la Calidad de la Atención

El modelo de atención que se promueve, requiere ser consistente con el avance actual de la reforma de salud del país. Las acciones que se implementen bajo sus premisas, deberán responder a la evaluación continua de dimensiones como: accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia, eficacia en la gestión de los recursos, entre otras.

El modelo incluye en consecuencia, la perspectiva de mejora continua de la calidad, consistente con el modelo general de atención de la salud de la red asistencial pública<sup>25- 27</sup>. Se trata que los usuarios, tanto externos (población infanto-adolescente y familia) como internos (recursos humanos) dispongan tanto, en la organización de los servicios, como en la provisión de los mismos, estándares que garanticen resultados de calidad de las necesidades de salud demandadas.

Lo anterior implica tanto, por parte del gestor, como del proveedor la revisión y evolución permanente de los perfiles y requerimientos de la población atendida, la actualización permanente del recurso humano, evaluación de satisfacción del usuario externo e interno. Y que a su vez demanda, una focalización y revisión continua de la asignación de recursos, metodologías, estrategias de abordaje, entre otras dimensiones técnicas y de logística de los servicios prestados.

---

<sup>25</sup> OMS Mejora de calidad en salud mental 2003

<sup>26</sup> Modelo de Atención Integral en Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Chile 2005

Además de las condiciones ambientales de los centros donde se trabaja con esta población.

Como se ha venido desarrollando desde el año 2002, el programa de *Mejora Continua de la Calidad de Atención en Salud Mental*, se debe considerar implementar desde el inicio de las acciones sanitarias. Para lo cual, es relevante la definición de criterios y estándares de calidad para la evaluación de los procesos de atención.

De este modo, la elaboración de instrumentos de evaluación de estándares destinados a medir la calidad de la atención de los servicios otorgados, y de la calidad sanitario ambiental donde se imparten estos, es un paso esencial en el proceso de mejora de la calidad de los servicios de salud mental, lo que requiere la formación de un grupo de trabajo, la participación y consulta de las partes implicadas. Los instrumentos de evaluación cubren los ámbitos de estructura, proceso y resultado con sus respectivas dimensiones de calidad.

En un programa de mejora de la calidad, los usuarios de un servicio de salud mental deberán ser atendidos bajo las siguientes condiciones mínimas:

- Disponer de acceso a una atención ambulatoria en forma oportuna, hospitalización cuando se requiera clínicamente, y/o a una alternativa residencial que esté en un entorno menos restrictivo y que asegure la protección y la reinserción del usuario, lo más cerca posible de su hogar o comunidad.
- Recibir cuidados que optimicen la adherencia, prevengan, anticipen o bien, implementen un manejo apropiado de la situaciones de crisis y reduzcan el riesgo.
- Aseguramiento de la continuidad de los cuidados y tratamientos especializados de atención.
- Firmar el consentimiento informado por un adulto responsable o tutor o en su defecto por un Tribunal.

- Ejercer el derecho a contar con toda la información que el usuario solicite y requiera.
- El usuario debe disponer de una copia impresa de su plan individual de atención integral.
- Contar con un referente técnico para acompañar el proceso terapéutico.
- Involucrar en la intervención, en la medida de lo posible a sus referentes parentales.
- Condiciones ambientales de los establecimientos adecuados.

## 5. Enfoque de género

Se reconoce, la imperiosa necesidad de contar con mayor información de las diferencias de género entre los/las adolescentes que participan de los programas de Protección de Derechos o de Derechos y Responsabilidad Juvenil de SENAME.

Esta falencia se observa en la escasa información y experiencias de investigación anteriores, que aborden el tema de las diferencias de género en nuestro país, no tan sólo en adolescentes mujeres y hombres infractores, sino en la población infanto-adolescente vulnerada en sus derechos, en general.

Sin perjuicio de esta realidad, la literatura internacional existente permite afirmar que hay diferencias importantes en los factores que colocan a las niñas en riesgo social de victimización y delincuencia, así como, hay diferencias también en el camino de entrada y salida a la vulnerabilidad y a la delincuencia entre los y las adolescentes y se plantea la necesidad de diseñar proyectos preventivos en donde se incorporen las diferencias de las necesidades e intereses de hombres y mujeres.



Los escasos estudios se han centrado fundamentalmente en los hombres adolescentes infractores, existiendo escasa bibliografía sobre mujeres adolescentes infractoras de ley. Siendo éste el primer desafío que requiere la complementariedad y la sumatoria de esfuerzos conjuntos de los distintos sectores involucrados para realizar estudios a mediano plazo en esta línea, abordando la búsqueda de factores o variables de género que estén involucradas en este fenómeno a fin de profundizar, el conocimiento existente en la materia y la posterior elaboración de modelos de intervención efectivos.

La incorporación de la perspectiva de género en la planificación de políticas y programas, debe quedar reflejado en los modelos de intervención con niños, niñas y adolescentes con necesidades de protección de derechos como de mujeres y hombres adolescentes infractoras / es de ley<sup>27</sup>.

Esto implica, reconocer en la caracterización de los niños, niñas y adolescentes: su ciclo vital, su género, su perfil clínico, la realidad sociocultural identificando sus necesidades diferenciadas, las condiciones de vulnerabilidad social, psicológica y judicial, así como los factores de riesgo y protectores con que cuentan.

Se pretende que el enfoque de género, se incorpore de forma transversal desde el ingreso, la selección y aplicación de las intervenciones terapéuticas, y en el egreso de los programas, así como, en los instrumentos de diagnóstico, y de planificación de la intervención<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Larrain Soledad, Estudio de Género en Adolescentes infractores de Ley, SENAME 2005

<sup>28</sup> Ídem

## 6. Enfoque de desarrollo

Así como, se ha ido incorporando paulatinamente el enfoque de género en la intervención infanto-adolescente, el enfoque de ciclo vital o de desarrollo debe ser incorporado a la intervención, ya que este permite definir capacidades de los individuos y homogenizar mínimos hitos que deberían cumplir las personas de acuerdo a su edad, género y contexto que lo rodea. El enfoque de desarrollo permite visualizar al niño, niña y adolescente en un continuo, en el que la satisfacción de sus necesidades específicas y tareas propias de la edad, permite promover un desarrollo progresivo que va actualizando las capacidades del individuo de acuerdo a las necesidades que el mundo social le va demandando.

Por ejemplo, es muy común que niños, niñas y/o adolescentes se vean expuestos a adversidades individuales, familiares o de contexto social en el que viven, que atentan contra la salud mental y física generando desajustes y/o vulnerabilidades en el desarrollo. Desajuste y/o vulnerabilidad que puede o no conllevar conductas desadaptativas de forma diferenciada en los niños y niñas.

Asimismo, a pesar de la definición de hitos o capacidades propias de la etapa del desarrollo, hay que considerar el contexto propio donde el niño, niña o adolescente vive ya que, por ejemplo, una conducta desadaptativa para un grupo de individuos puede ser considerada adaptativa en otra cultura o grupo poblacional.

Del mismo modo, el desarrollo psíquico es central en la vida del niño/a y del adolescente, ya que trae aparejado el despliegue de las funciones cognitivas, psicomotoras, afectivas y sociales. Éstas, en el transcurso de la infancia y adolescencia se van complejizando, diferenciando, articulando e integrando, de tal modo, que modifica cualitativa y cuantitativamente la comprensión, la percepción y la adaptación al mundo.

Cuando no se logra el desarrollo esperado para cada una de las funciones, de acuerdo a la etapa del desarrollo, se producirán perturbaciones psicopatológicas de distinta intensidad y compromiso, que afectarán de modo diferenciado el desarrollo a hombres y mujeres. Dado lo anterior, es crucial que cada intervención terapéutica considere la etapa del desarrollo cronológica y psicológica del niño/a o adolescente para tener una intervención eficaz <sup>29</sup>.

#### 7. Desmitificación de la situación de daño psicosocial irrecuperable de la población con vulneración de derechos e infractores de ley

La evidencia indica que acciones sanitarias eficientes y efectivas implementadas en forma oportuna evitan o retardan la cronicidad del trastorno mental<sup>30</sup>. Asimismo, aun cuando las ventajas de intervenir en la salud mental de las personas pueden tardar un tiempo considerable en observarse, respecto a las intervenciones en niños, niñas y adolescentes por ejemplo, los beneficios se asocian con la ausencia de problemas mentales, sociales, y legales en la edad adulta<sup>31</sup>.

El Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Santiago de Chile (USACH) en un estudio encomendado por SENAME sistematizó información sobre egresados de la red entre los años 1990 y 2000, mediante técnicas cualitativas y cuantitativas que permitieran evaluar los efectos de los programas en cuanto a la integración social de los niños, niñas y adolescentes atendidos.

Para evaluar el impacto de los esfuerzos del Sename, se tomaron los aspectos vitales en la vida de cualquier persona, como la familia, los afectos, los estudios y el trabajo; además de su relación con los pares y el entorno, y sus proyectos

---

29 Almonte, C. Psicopatología infantil y del adolescente. Santiago Ed. Mediterráneo 2000

30 OMS Políticas de Salud Mental para la Infancia y Adolescencia 2005

31 OMS Financiamiento para la Salud mental 2003

de vida. La investigación arroja resultados que permiten afirmar que los niños y niñas atendidos en la red Sename tienen mayores oportunidades de desarrollo que si se hubiesen quedado al margen de sus programas.

Asimismo, este estudio permite derribar algunos mitos al señalar, con cifras concretas, que sólo el 11,2% de quienes pasan por la red del SENAME llegan, en algún momento, a la cárcel. Se trata de un porcentaje notoriamente inferior a cifras que por muchos años fueron dadas a conocer por los medios de comunicación, a partir de datos entregados por Gendarmería. Es así como, este estudio destaca que casi el 90% de los egresados del SENAME no son detenidos en su vida adulta, este es un dato obtenido al cambiar como universo estudiado a los reclusos en las cárceles, por el de los egresados de la red del SENAME<sup>32</sup>.

A pesar de los avances de esta investigación, la conclusión es que existe una insuficiente experiencia terapéutica en esta población en el país, haciendo indispensable desarrollar una línea de investigación cualitativa y cuantitativa que profundice en el conocimiento socio-antropológico, epidemiológico y clínico que a su vez permitan desarrollar abordajes terapéuticos psicosociales más efectivos. Lo anterior, requiere la priorización de asignación de recursos financieros específicos y planificados. De lo contrario, se mantendría la falencia de oferta técnica requerida por esta población.

---

<sup>32</sup> Efectos de los Programas del SENAME en la Integración Social de niños y niña. Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Santiago de Chile, 2005

## V.- PRINCIPALES DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA PARA POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE

La atención de salud mental integral de esta población debe realizarse en redes debidamente articuladas entre si tales como:

- Red del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y prestadores en convenio en los niveles primario, secundario y terciario de atención
- Red SENAME y prestadores acreditados
- Otras redes de servicios comunitarios

Los procesos que se diseñen en estas redes para la atención, deben asegurar cobertura, acceso oportuno, continuidad y calidad de ésta, tanto para los requerimientos de salud mental y psiquiatría, como para la atención de los aspectos de la salud física de la población objetivo.

Para responder a las complejidades específicas de esta población objetivo, (severidad y complejidad biopsicosocial del cuadro clínico) se requiere una oferta amplia, que contemple servicios de salud mental de mediana y alta complejidad que den respuestas inmediatas frente a situaciones de crisis y cuadros agudos, hasta instancias residenciales de atención y cuidados de responsabilidad de SENAME en coordinación permanente con la red sanitaria que corresponda.

Para efectos de la atención de la población infantil y adolescente de SENAME, se deberán consensuar mecanismos de coordinación intersectoriales que faciliten la continuidad y seguimiento de la atención de estos usuarios. Por ejemplo, mantener activas las Mesas Técnicas Intersectoriales de Coordinación a nivel regional y /o locales.

Del mismo modo, es necesario establecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia más adecuados a las condiciones clínicas y psicosociales de esta población, para facilitar la atención terapéutica dentro de la red.

Con relación a los recursos humanos tanto de salud como de SENAME y CONACE, considerando el enfoque de calidad en las acciones hacia la población objetivo, deberán estar alineados en materia de competencias técnicas, su formación/capacitación debe incluir:

- Protección y resguardo de Derechos Humanos, con énfasis en los Derechos infanto-adolescentes.
- Enfoque de género
- Vulnerabilidad y riesgo social
- Manejo de urgencias, Manejo de crisis, Medidas de contención.
- Modelo comunitario.
- Modelos terapéuticos psicosociales
- Procedimientos legales según reforma procesal penal ley 20.084
- Cuidados de niños, niñas y adolescentes con trastornos conductuales severos

A continuación se enumeran los dispositivos de atención que deberán estar presentes en la red asistencial para el acceso, oportunidad y calidad de la atención:

1. Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio / Comunitario en Centros de Salud Mental Comunitario, Consultorios Adosado de Especialidad (CAE), Centros de Referencia en Salud (CRS) y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)

El Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio / Comunitario se puede ubicar en distintos establecimientos de atención de salud ambulatoria especializada, integrado a la Red de Salud General y a la Red de Salud Mental y Psiquiatría y atiende a población adulta, infantil y adolescente.

Trabaja con una población beneficiaria referida por la red asistencial del nivel primario y desarrolla, acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social en personas con problemas y trastornos de su salud mental moderados y/o severos.

El Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio / Comunitario está formado por profesionales y técnicos del ámbito de la salud mental: médico psiquiatra, enfermera, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, asistente social y técnicos en rehabilitación y/o paramédicos y es de nivel especializado.

Estos Equipos deberán mantener una coordinación fluida y permanente con el Equipo Psicosocial y los Delegados del SENAME, de modo de garantizar los cuidados compartidos de los niños niñas y adolescentes con trastornos de salud mental ingresados y favorecer un programa de control y seguimiento ambulatorio como condición básica para el alcance de los logros terapéuticos con las intervenciones realizadas.

El Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio/Comunitario realiza entre otras funciones las siguientes:

- Confirmación Diagnóstica
- Diagnóstico y Tratamiento Integral
- Tratamiento de Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohol y Drogas
- Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Comunitaria
- Consultoría en Salud Mental a la atención primaria
- Coordinación con instancias locales y/o regionales de salud y otras instancias sectoriales.

## 2. Hospital de Día Adolescente

Es una Unidad clínica de hospitalización parcial, de especialidad (nivel terciario), cuyas funciones son: 1) el manejo de situaciones de crisis en aquellos adolescentes que tienen autocontrol sobre sí mismo y sobre otros y que cuentan con red de apoyo (familia o cuidador SENAME). Se realizan acciones de estudio, evaluación y confirmación diagnóstica; tratamiento intensivo (farmacológico y psicosocial); y 2) continuidad del tratamiento y de rehabilitación psicosocial al egreso de la hospitalización de corta y mediana estadía para, asegurar adherencia y prevención de recaídas.

Para la población vulnerada en sus derechos y/o infractora de ley, las acciones deben incorporar un alto despliegue de intervenciones clínicas, psicosociales y comunitarias por parte del equipo, estrechamente vinculadas y articuladas con el equipo psicosocial, y/o delegado respectivo de SENAME.

Los criterios para el acceso deben estar asociados a la demanda local por Servicio de Salud y la disponibilidad de los recursos de la red, que deben ser estudiados para disminuir en forma progresiva la brecha.

### 3. Residencias Protegidas Especializadas para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos

Los niños/niñas y adolescentes de la Red SENAME que presentan un cuadro psiquiátrico complejo y refractario a tratamiento, disruptividad conductual recurrente y alta vulnerabilidad psicosocial, y que han egresado de servicios de hospitalización psiquiátrica de corta o mediana estadía, requieren de espacios residenciales de alta protección y cuidados especiales, que satisfagan las necesidades de contención, seguridad y apoyo terapéutico integral al mismo tiempo que favorezcan el desarrollo de sus habilidades cognitivo relacionales y sociales y una mayor independencia y autonomía.

SENAME puede responder a estas necesidades específicas con equipos especializados, coordinados con equipos de salud mental ambulatoria de la red de atención del Servicio de Salud respectivo.

Para ello se requiere implementar Residencias Protegidas con plazas para un máximo de 10 a 12 adolescentes. Éstas deben ser un espacio residencial protector y fortalecedor de las capacidades y habilidades de los adolescentes, que al mismo tiempo es un soporte para facilitar la continuidad del apoyo terapéutico y del proceso de rehabilitación. Espacio que es una condición básica para que cualquier intervención especializada logre los efectos esperados.



Su funcionamiento estará orientado por un documento específico elaborado por SENAME y MINSAL. Se requiere un coordinador técnico y un cuidador /a capacitado, cada 4 adolescentes en turnos permanentes.

El personal deberá contar con un programa de capacitación, orientado a entregarles herramientas para detectar problemas de salud mental, reconocer situaciones de crisis y urgencias y desarrollar habilidades para asegurar y favorecer la continuidad del apoyo terapéutico brindado por el equipo tratante, y que se encuentra ubicado en la red asistencial más cercana al domicilio de la residencia.

Se estima un período de estada entre 12 a 18 meses, extendible de acuerdo a las necesidades de cada niño. Esta debe estar ubicada en un lugar en que los residentes, tengan fácil y expedito acceso a una red de servicios sanitarios y socio-comunitarios.

Este espacio residencial debe ser favorecedor de actividades socioeducativas, así como, favorecer el desarrollo socio-emocional. Todo lo cual, es la base del proceso de motivación para el cambio, y el proceso de reinserción social.

#### 4. Atención de Urgencia (SAPU y SAMU)

Cuando se presenten crisis o situaciones de urgencia, que no puedan ser contenidas por el equipo de especialidad, ya sea, por presentarse en horario no hábil o por tratarse de casos nuevos, el niño, niña y /o adolescente deberá ser trasladado al Servicio de Urgencia de Hospital o Centro de Salud que le corresponda.

Para que esta atención de urgencia no sea una intervención aislada, se requiere de la realización de un programa de enlace o de consultorías a los Servicios de Urgencia, de modo que los niños niñas y /o adolescentes reciban las intervenciones más adecuadas y se garantice la coordinación posterior con el equipo tratante.

Cada Servicio de Salud debe establecer coordinaciones entre las instituciones involucradas con esta población, para definir estrategias y acciones que favorezcan el acceso expedito de niños, niñas y adolescentes que requieran de una atención de urgencia.

## 5. Unidades Clínicas de Hospitalización Cerrada

### 5.1. Hospitalización de Corta Estadía de Adolescentes en Hospital General

Es un servicio de hospitalización cerrada, no mayor de 20 camas diferenciadas, que otorga atención de especialidad psiquiátrica por un período no superior a 60 días, a adolescentes hombres y mujeres menores de 18 años que requieran un proceso de compensación del trastorno mental severo o desintoxicación por consumo problemático de sustancias psicoactivas con riesgo vital (auto o hetero agresión).

Incluye diagnóstico y tratamiento integral y el inicio del proceso de rehabilitación orientándose a la pronta incorporación a la red asistencial y/o residencial familiar o de SENAME, con la cual, el equipo clínico mantiene coordinación permanente.

El equipo clínico que brinda atención en esta Unidad debe reunir las competencias técnicas necesarias para la eficacia del tratamiento acorde a la normativa vigente sobre esta materia <sup>33</sup>.

Las Unidades de Hospitalización de adolescentes de corta estadía, ubicadas en Hospitales Generales ingresarán a los menores de la red SENAME que lo requieran, ya sean de servicios de Protección de Derechos o de Derechos y Responsabilidad Juvenil y, para los que, se adecuarán camas diferenciadas resguardando los espacios para la contención en los casos necesarios.

---

<sup>33</sup> Pauta de Requisitos Mínimos de Autorización Sanitaria para Establecimientos que Efectúan Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía, Ministerio de Salud 2006.

Debe considerarse en su implementación la diferenciación de camas por sexo, severidad y complejidad del cuadro clínico.

Dado el proceso gradual y progresivo de instalación de servicios de salud mental ambulatorios y cerrados para población infantil y adolescente, se sugiere que el equipo tratante se coordine y genere criterios de derivación con el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria/comunitaria que corresponda al lugar en que fije residencia o sea egresado el niño, niña o adolescente.

El equipo profesional de la red SENAME deberá mantener contacto permanente y fluido con el equipo tratante, visitando el lugar de hospitalización, como mínimo, al momento del ingreso, para las reuniones de terapia familiar o individual y al momento del alta, incorporando las indicaciones realizadas en su plan de intervención individual.

## 5.2. Unidades Clínicas de Hospitalización de Corta Estadía en Centros Privativos de Libertad de SENAME

Es un servicio de hospitalización cerrada, de no mayor de 12 camas, que otorga atención de especialidad psiquiátrica por un período no superior a 60 días, a adolescentes menores de 18 años de edad con sanción privativa de libertad. Estas unidades de hospitalización que deberán reunir las mismas características estructurales y funcionales que las definidas anteriormente, se ubican al interior de algunos Centros de Privación de Libertad y atienden el tratamiento de los problemas por uso de sustancias psicoactivas y la descompensación psiquiátrica de los adolescentes infractores de ley penal con y sin sanción accesoria y con trastorno mental descompensado en su período de permanencia en el centro privativo de libertad.

Estos servicios deben tener como referencia para su implementación, la Guía de Planificación y Diseño de Unidades de Hospitalización Corta Estadía MINSAL 2002 y normativas del Ministerio de Justicia respectivas. Estas Unidades deben contar con autorización sanitaria para su funcionamiento.

SENAME ha definido de acuerdo a estimaciones de demanda para el año 2007, su ubicación en Centros Privativos de Libertad de las regiones I, V, VIII, X y Metropolitana.

Para la operación de estas unidades de hospitalización, se ha establecido un convenio de colaboración entre SENAME – MINSAL - CONACE y FONASA el que proveerá los recursos necesarios que demande la atención de los adolescentes en ellas <sup>34</sup>.

### 5.3. Hospitalización de Mediana Estadía y Alta Complejidad Especializada para Adolescentes

Es un servicio de hospitalización psiquiátrica de alta complejidad para adolescentes menores de 18 años, por un periodo no superior a 12 meses. El perfil de usuario corresponde a adolescentes hombres y mujeres con trastornos conductuales y mentales severos, descontrol de impulsos, comorbilidad psiquiátrica, patología dual, alta vulnerabilidad psicosocial, refractario a tratamiento y de evolución tórpida. El objetivo es la reevaluación diagnóstica y diagnóstico diferencial, tratamiento de los trastornos mentales comórbidos, y patología dual, así como, el inicio de procesos de rehabilitación y reinserción social.

Las intervenciones terapéuticas que se realizan son de alta complejidad e intensidad, tanto en el manejo psicosocial como tratamiento psicofarmacológico. Se requiere el desarrollo de intervenciones focalizadas, intensivas, personalizadas y prolongadas para la estabilización del cuadro clínico y el desarrollo de habilidades psicosociales para su integración.

El equipo deberá implementar, en coordinación con equipos de salud mental y psiquiatría ambulatorios y equipos psicosociales de los proyectos o programas SENAME, un sistema de referencia y contrarreferencia que agilice el proceso de reinserción lo más temprano posible. Se debe preferir el ambiente escolar, familiar o residencial, en caso de no existir éste último, el más apropiado al

---

34 Convenio CONACE MINSAL FONASA SENAME 2007

desarrollo del ciclo vital del adolescente, luego de la compensación de su cuadro clínico y psicosocial.

El diseño de los espacios terapéuticos deben planificarse considerando perspectiva de ciclo vital y de género, en el cual se realizarán, las siguientes intervenciones:

- consultas médicas y psicológicas individuales, grupales y familiares, en lo posible.
- consultas de salud mental con otros profesionales: enfermera, terapeuta ocupacional, asistente social, técnico en rehabilitación.
- Intervenciones psicosociales individuales y/o grupales para desarrollo vocacional, habilidades para la vida diaria, habilidades sociales, integración escolar, familiar, otros.
- Intervenciones comunitarias para visitas domiciliarias, salidas programadas hacia la comunidad, uso adecuado de espacios públicos, entre otros.

La Unidad contará en sus instalaciones con todas las medidas de seguridad para evitar la auto y hetero agresión del usuario, pero resguardando siempre la protección de derechos del usuario. Los criterios de diseño responderán a orientaciones internacionales y nacionales según recomendaciones de juicio de expertos, asimismo, se recomienda que estas Unidades tengan camas diferenciadas según sexo del usuario.

## 6. Unidades de Psiquiatría Forense Adolescentes

### 6.1. Hospitalización para Evaluación Psiquiátrica a Imputados Adolescentes (UEPI)

Para adolescentes infractores de ley menores de 18 años imputados, con sospecha de trastorno mental severo y que presentan riesgo de auto o hetero agresión. Se realizará evaluación médica por psiquiatra y peritaje, para el procedimiento judicial al cual sea sometido.

En esta Unidad Clínica, por tanto, se llevarán a cabo diagnóstico del cuadro clínico y tratamiento farmacológico y psicosocial. La derivación para el egreso se realiza según el procedimiento penal hacia el medio privativo o libre para cumplir sanción o bien, queda en calidad inimputable, por enfermedad mental, estableciéndose una sentencia de medida de seguridad, en cuyo caso deberá ser transferido a la hospitalización de mediana estadía para esta población.

Según población estimada se esperan 25 a 30 adolescentes al año por esta condición, estimándose que estaría cubierta la demanda nacional inicial con una unidad de 6 plazas.

## 6.2. Hospitalización de Mediana Complejidad para Adolescentes Inimputables por causa mental

Unidad Clínica de Hospitalización Cerrada de alta especialidad, para adolescentes con trastorno mental severo y que han cometido delito asociado a su enfermedad, y el Tribunal los ha declarado inimputables, pero ha solicitado medida de seguridad con hospitalización para tratamiento y resguardo de su seguridad y terceros. Este período puede extenderse hasta 24 meses.

Asimismo, recibirán a la población adolescente condenada con sanción en medio privativo de libertad, que ha cursado un trastorno mental severo y ha sido levantada su condena y referida con sentencia de medida de seguridad para tratamiento a esta Unidad.

## 6.3. Residencia Forense Adolescente

Es un dispositivo residencial para adolescentes inimputables por trastorno mental y que se encuentran compensados clínicamente, y han cumplido sus objetivos terapéuticos en unidades de hospitalización forense y ha sido autorizado su egreso por la autoridad judicial.

Estas residencias se ubicarán en contextos comunitarios donde se facilite el proceso de reinserción familiar y/o social y debe estar adscrita a una red asistencial general y de salud mental y psiquiatría, que asegure la continuidad del tratamiento y rehabilitación.

Por las características antes definidas, esta instancia se ha concebido como una casa habitación con no más de 6 a 8 adolescentes, con espacios tanto individuales y comunes, que posibiliten su protección, calidad de vida y acceso a los satisfactores básicos de sus necesidades.

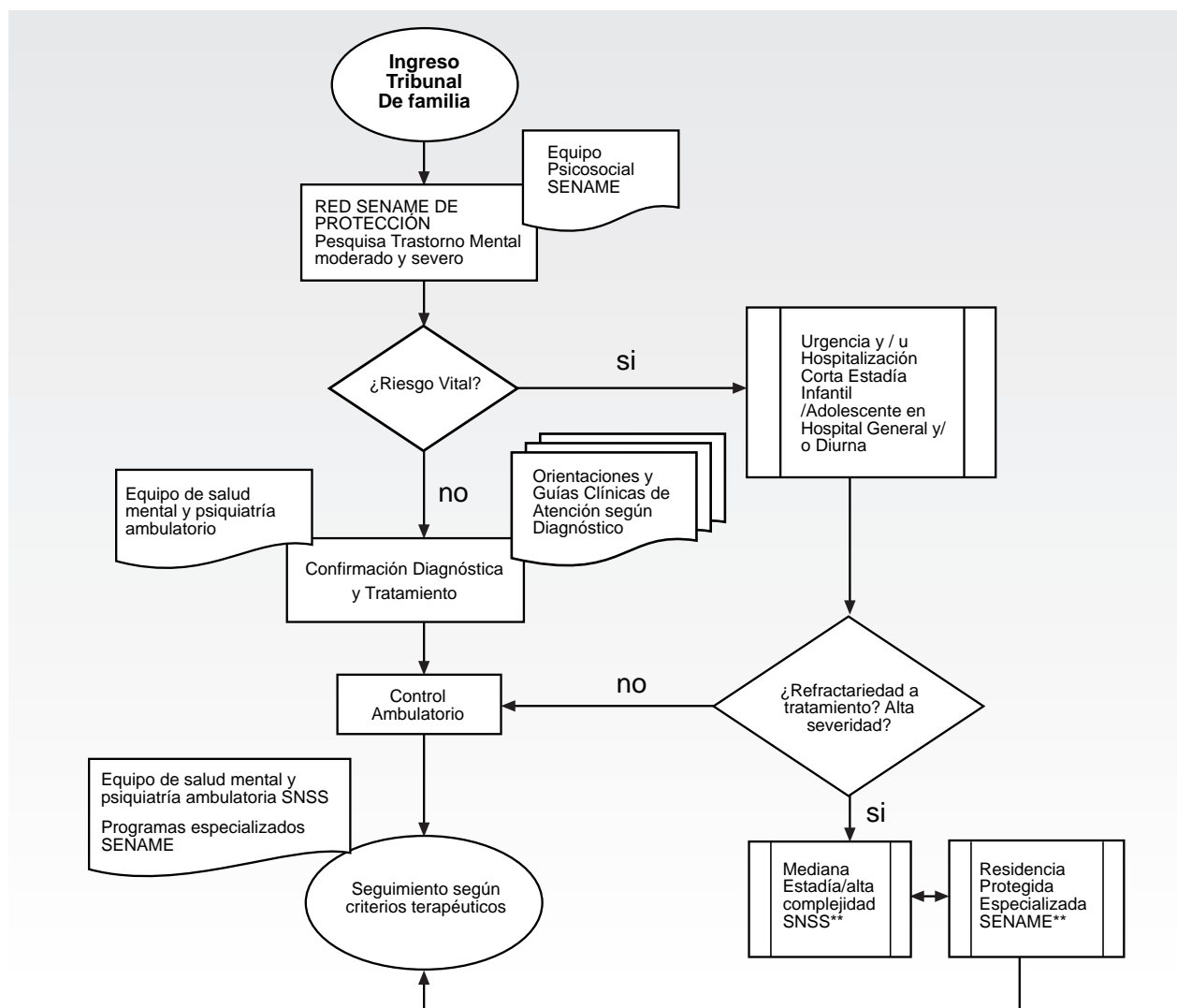
El personal para el soporte funcional deberá estar integrado por un responsable técnico, que velará, en lo que le compete, por el cumplimiento del plan de tratamiento y rehabilitación psicosocial del adolescente, un cuidador o monitor cada 4 adolescentes. Los que permanecerán en sistema de turnos (día y noche) que garanticen los cuidados y seguridad. Estos deberán tener las competencias adecuadas para el cumplimiento de las funciones que requiere esta población.

La residencia se encuentra bajo la dependencia técnica del sistema público de salud, y están bajo la supervisión técnica definida del coordinador de la red asistencial local.

## VI.- FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN SEGÚN POBLACIÓN ESPECÍFICA

Los siguientes flujogramas constituyen una primera aproximación al ordenamiento de la atención que será otorgada a la población objetivo.

### 1. Atención en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes de Protección, con Trastorno Mental/ Trastornos del Desarrollo. (\*)

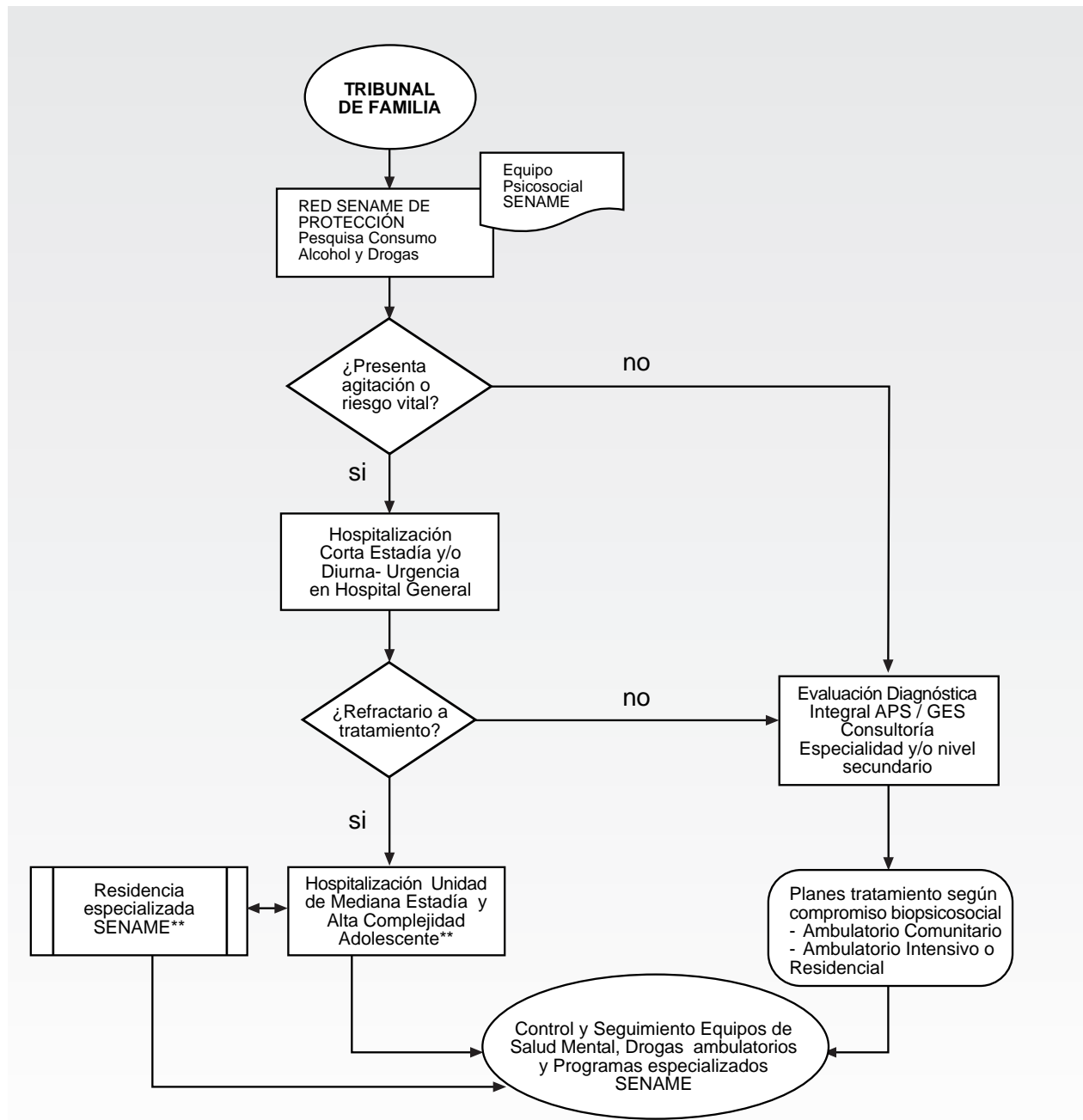


(\*) La Red de Atención considera trabajo con Familia y/ o adulto responsable prosocial en todos los casos en que esté presente.

(\*\*) Estos dispositivos se diseñarán en un trabajo conjunto entre SENAME y MINSAL. Aunque la implementación será de responsabilidad de cada sector, el flujo esperado entre estas instancias se apoyará de un constante trabajo intersectorial.



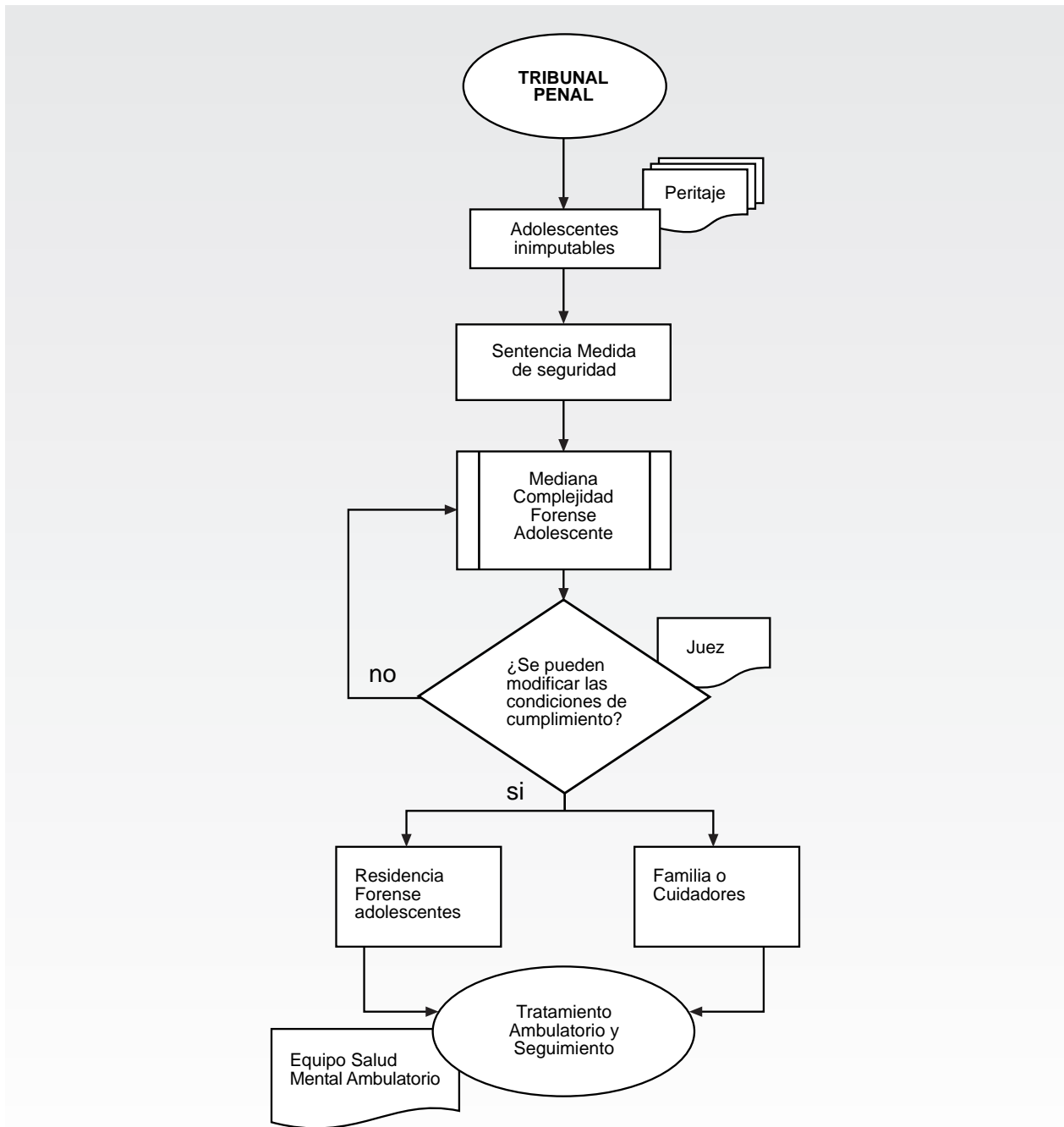
2. Atención en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes de Protección con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas(\*)



(\*) La Red de Atención considerará trabajo con Familia en todos los casos en que esté presente.

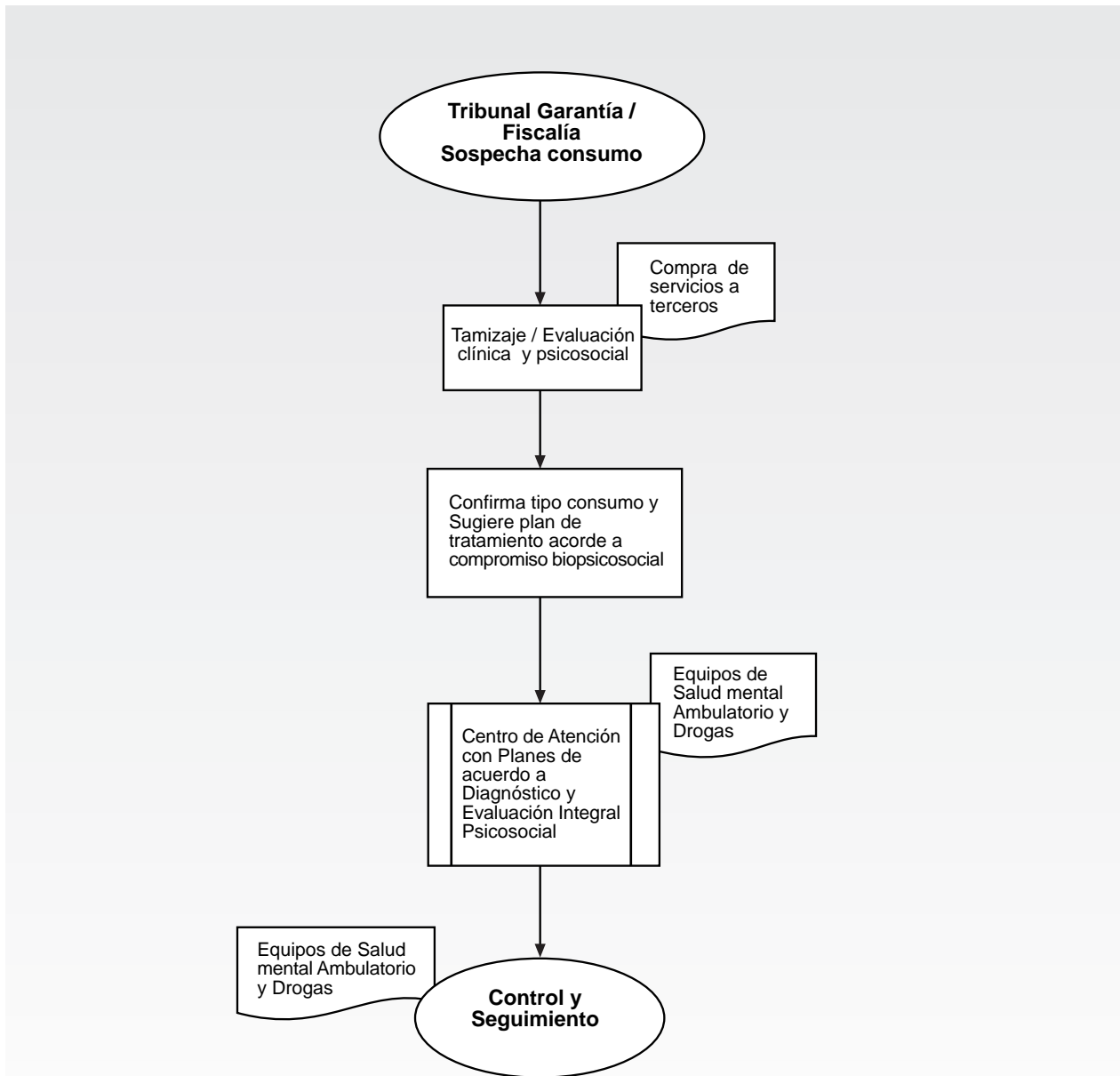
(\*\*) Estos dispositivos se diseñarán en un trabajo conjunto entre SENAME y MINSAL. Aunque que la implementación será de responsabilidad será de cada sector, el flujo esperado entre estas instancias se apoyará de un constante trabajo intersectorial.

### 3. Atención Salud Mental de Adolescentes Inimputables por Trastorno Mental (\*)

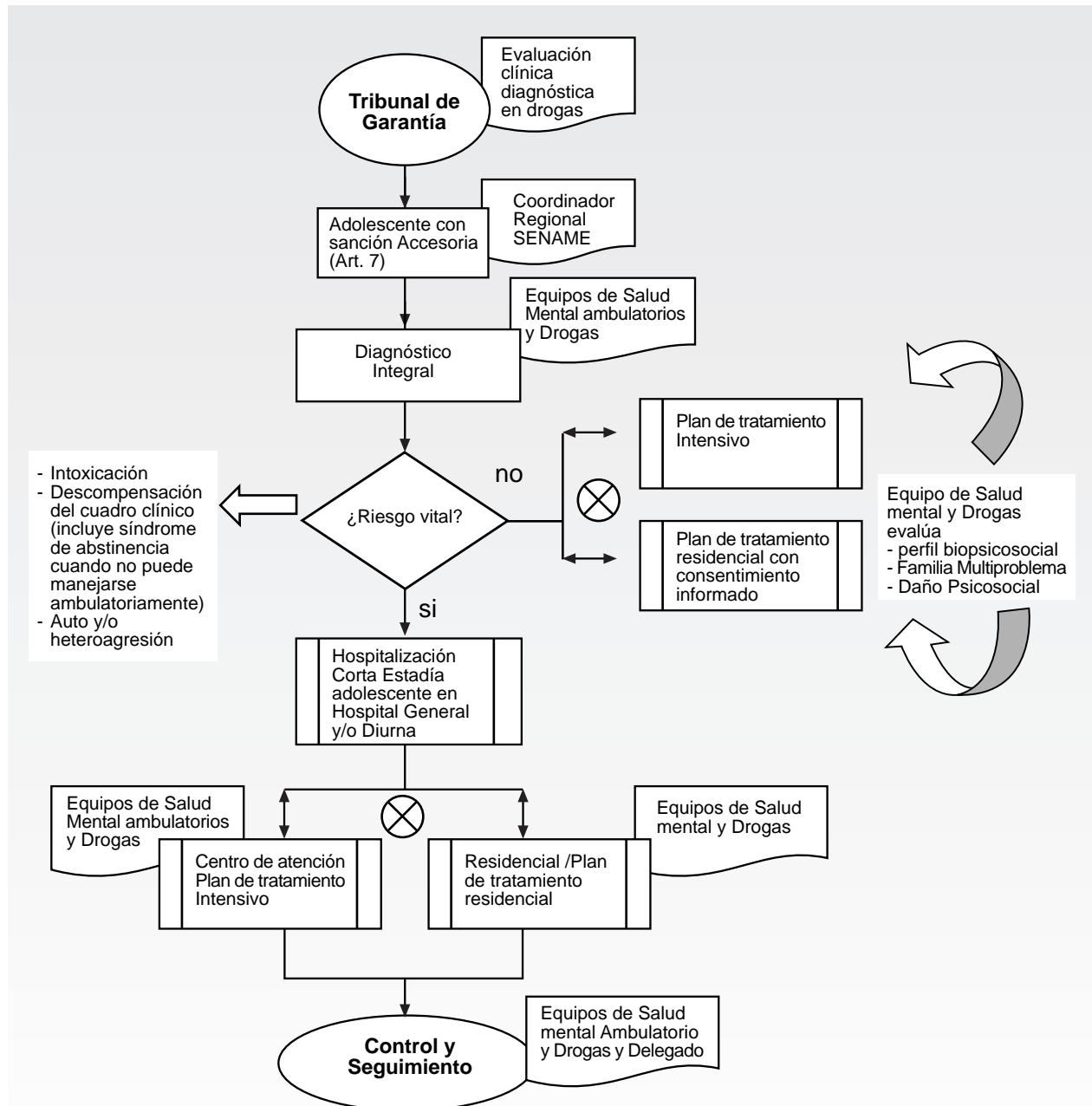


\* La Red de Atención considerara trabajo con Familia y/o adulto responsable prosocial en todos los casos en que esté presente.

4. Evaluación Clínica Población Adolescente Infractora con sospecha de Consumo de Alcohol y Drogas.



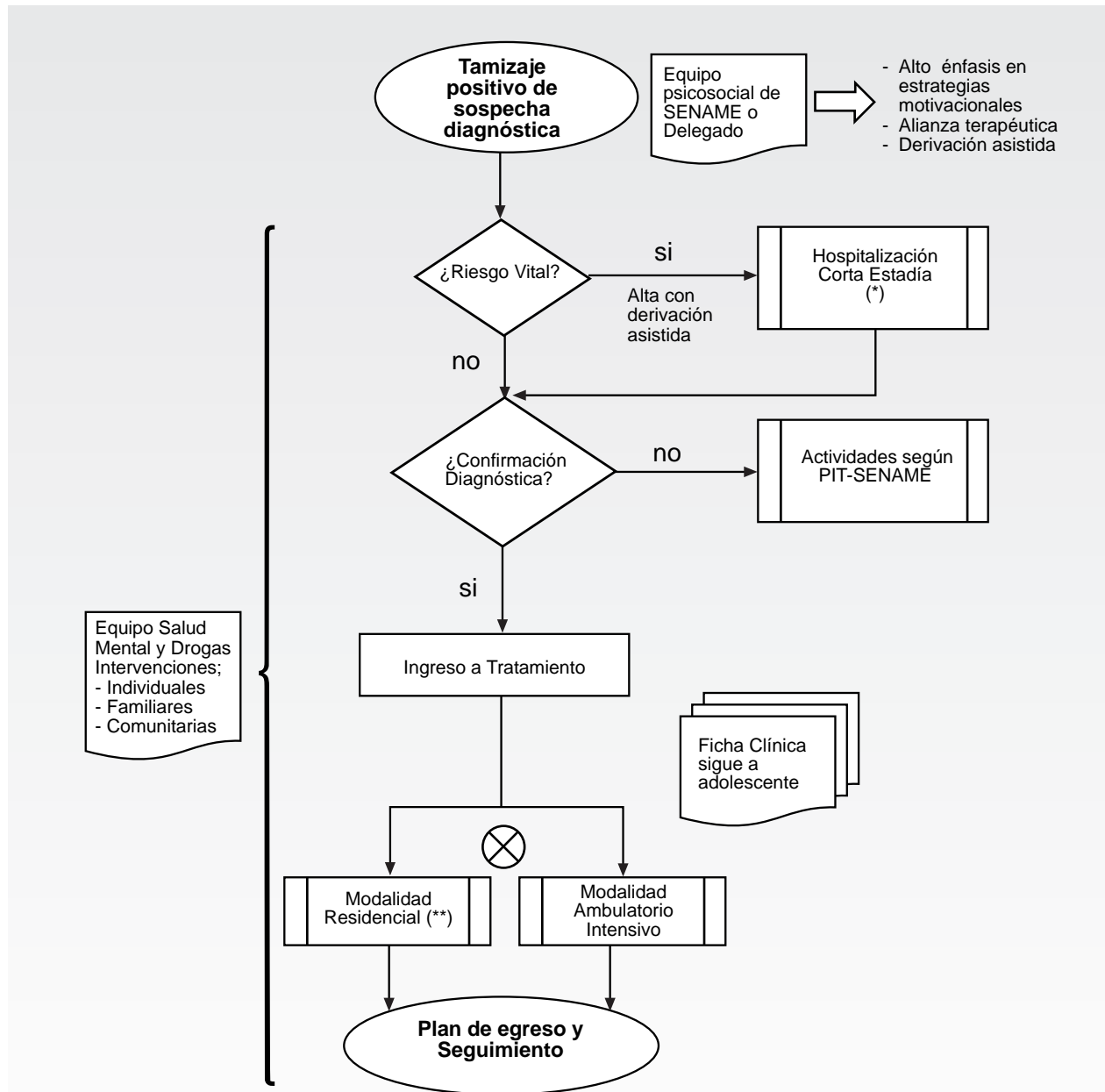
5. Atención Adolescentes Condenados, con Sanción Accesoria en Medio Libre o Sistema Semicerrado con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (\*)



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

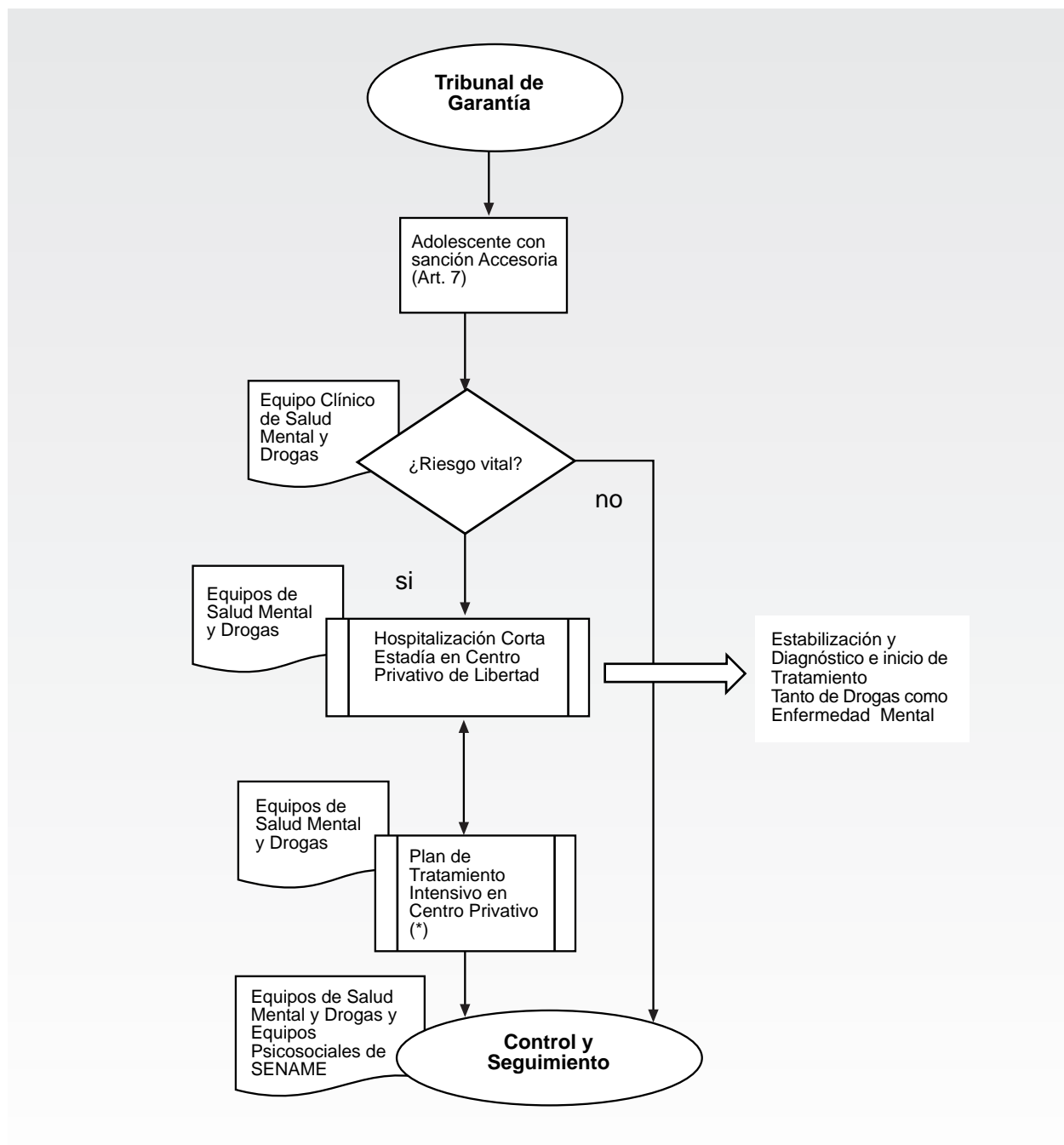
(\*\*) Gestor de Red define sus centros de referencia especializados para la atención.

6.- Atención de Salud Mental de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales y sin Sanción Accesorias



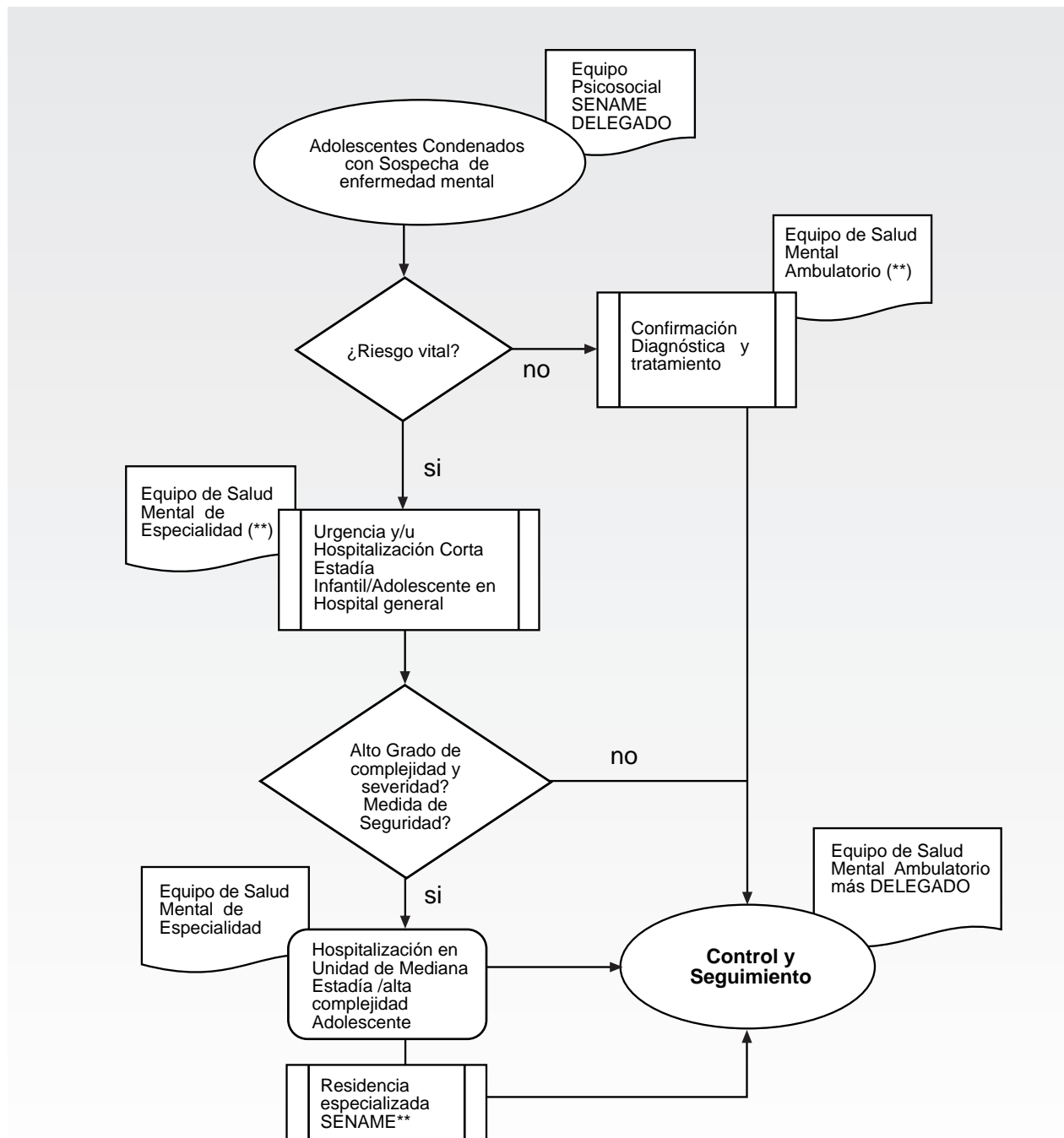
(\*) Adolescentes en medio libre y en semicerrado corta estadía en Hospital General y para adolescentes en Medio Privativo de Libertad, accederán a Hospitalización al interior de algunos Centros de cumplimiento de la sanción.  
 (\*\*) Modalidad disponible sólo para adolescentes en medio libre y semicerrado.

7.- Atención Salud Mental de Adolescentes Condenados, con Sanción Accesorias en Medio Privativo de Libertad con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otro Trastorno Mental



(\*) Si el adolescente es refractario a tratamiento por alta severidad de su cuadro clínico, luego de medida de seguridad pasa a red forense.

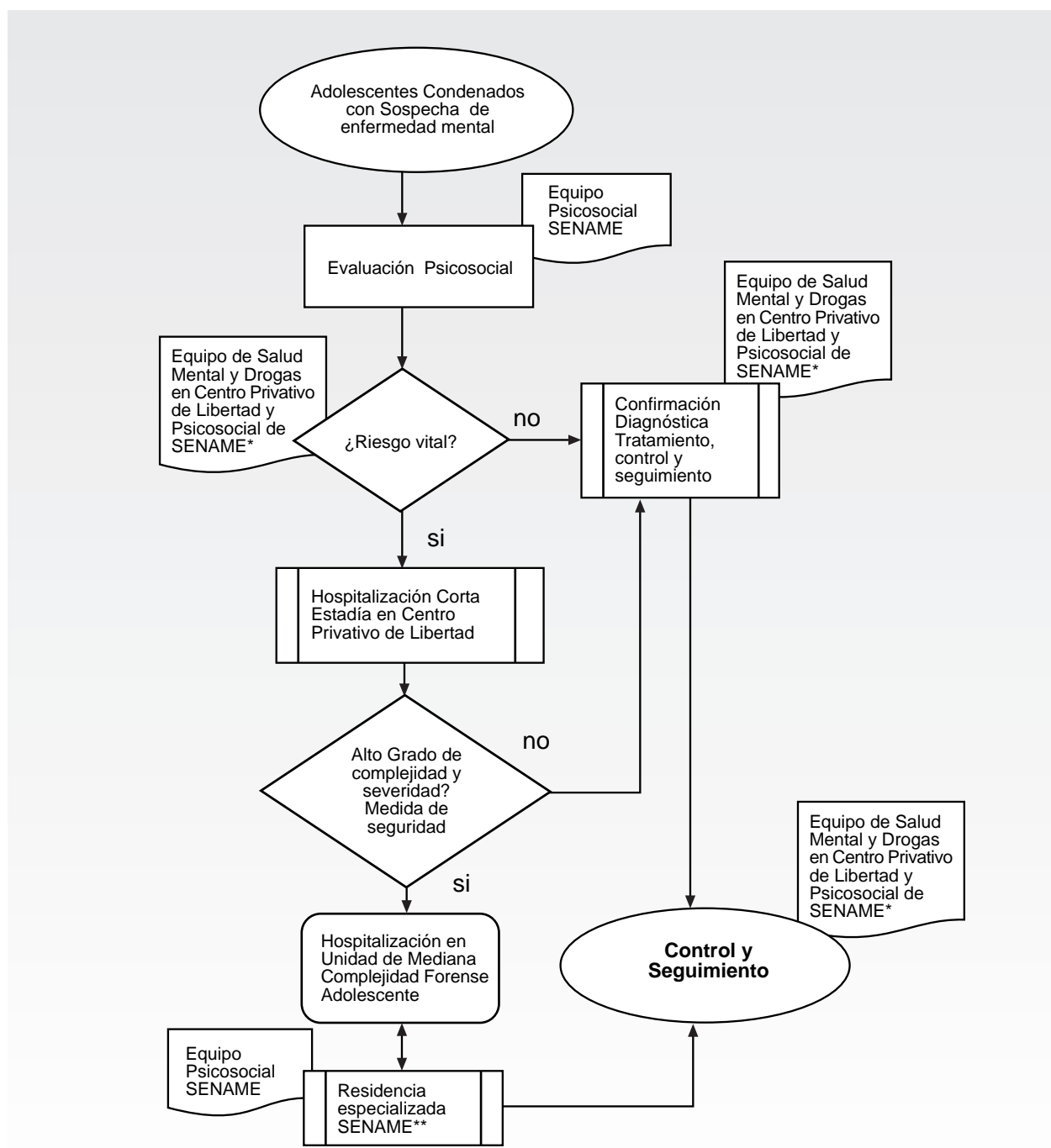
8.- Adolescentes Condenados con Sanción en Medio Libre que Cursan Trastorno Mental (\*)



(\*) La Red de Atención considerara trabajo con Familia y/o adulto responsable prosocial en todos los casos en que esté presente.

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

9.- Adolescentes Condenados en Medio Privativo de Libertad, que cursan con un Trastorno Mental

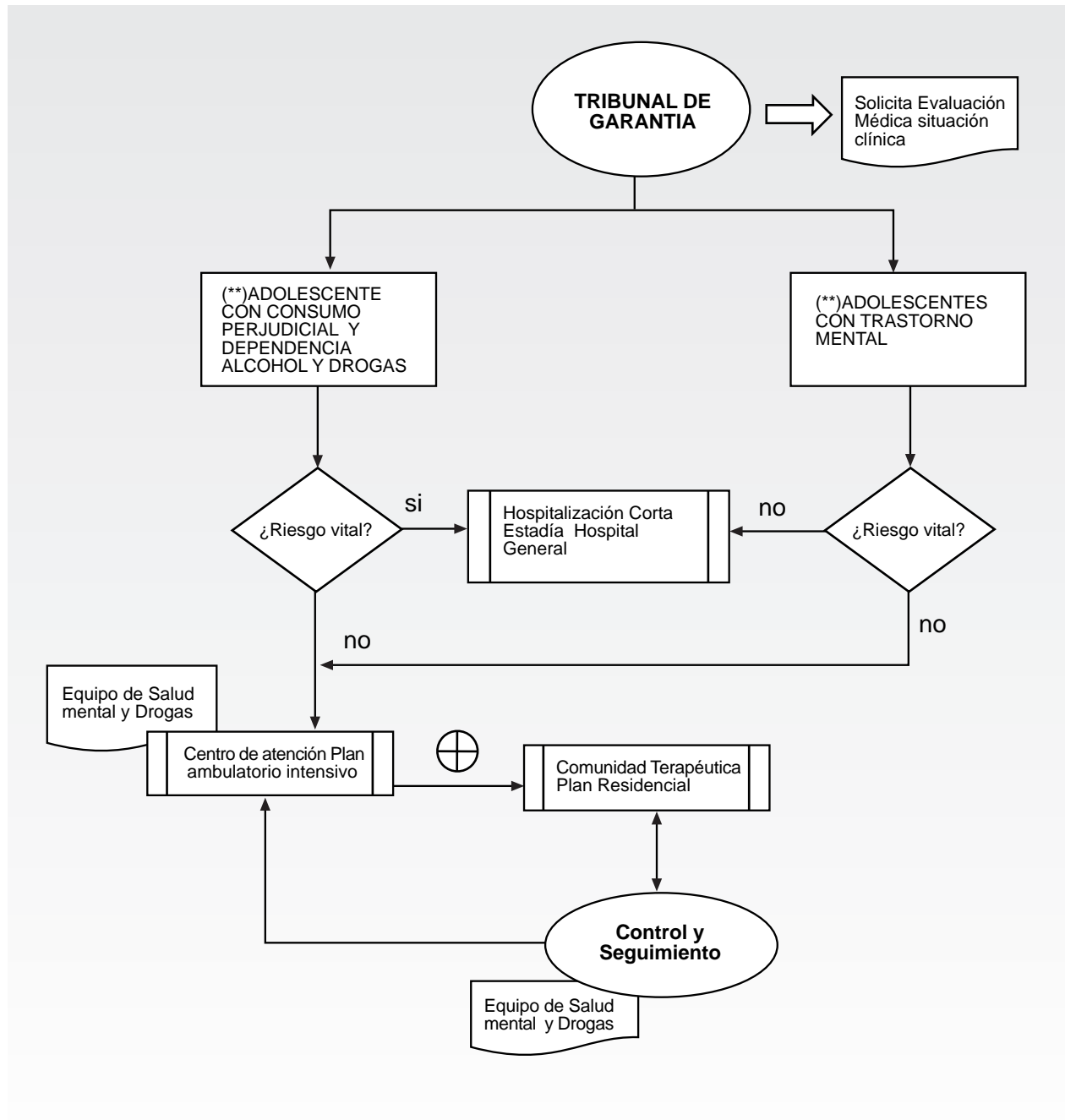


(\*) Los Centros Privativos de Libertas con unidades de corta estadía se constituyen en centros de referencia de nivel zonal.

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



10.- Atención Salud Mental para Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y/o Trastorno Mental con Suspensión Condicional de la Pena (\*)



(\*) Protocolos establecidos según cuadro clínico  
 (\*\*) Todos los procesos en coordinación con SENAME

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de Información recopilada de jóvenes COD-CERECO primer semestre de 2005, DEDEREJ
2. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001 MINSAL.
3. Documento del Consejo Asesor Presidencial MIDEPLAN 2006.
4. Documento elaborado por SENAME año 2006
5. Convenio MINSAL, MINJU 2001
6. Documento Informe Final de Jornadas Zonales MINSAL- SENAME. Marzo 2007
7. “Diagnóstico de salud mental Psiquiátrico y Propuesta de modelo de atención de niños, niñas y adolescentes de los centros de administración directa de SENAME”. Clínica Psiquiátrica Univesitaria . Univerisdad de Chile. SENAME, 2004
8. Estudio Departamento de Protección de Derechos(DEPRODE) Departamento de Responsabilidad Juvenil(DEDEREJ) SENAME 2006
9. WHO, Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, 2005
10. OMS Mejora de Calidad en Salud Mental 2003
11. MINSAL, Subsecretaría de Redes: Modelo de Atención Integral en Salud, 2005
12. Estudio “Género y Adolescentes infractores de Ley”, SENAME Soledad Larrain 2005
13. Primer Informe Revisión de evidencia del Tratamiento de Drogas en Población Adolescente infractores de ley, Arguello G Cynthia. y Alvarado B. Maria Elena Abril 2007
14. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 Salud Mental OMS 2001
15. Drogas, Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes CONACE, Chile

16. Norma Técnica N° 85 Tratamiento Integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental. Ministerio de Salud 2006
17. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile WHO Ministerio de Salud Chile 2006
18. Trayectorias de Vida de Jóvenes Infractores de Ley, Mettifogo, Decio y Sepúlveda, Rodrigo U.de Chile CESC
19. Norma Técnica Residencias Protegidas Resolución Exenta N° 392 – 2006 Ministerio de Salud
20. Factores de Riesgo y delincuencia juvenil, revisión de literatura nacional e internacional, Hein, Andreas F. Paz Ciudadana.
21. Universidad Católica de Chile Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley 2007
22. Almonte, C. Psicopatología infantil y del adolescente. Santiago Editorial Mediterráneo 2000
23. Instituto de estudios avanzados de la Universidad de Santiago de Chile. Efectos de los programas del SENAME en la integración social de niños y niñas. USACH, 2005
24. Documento “La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de protección de derechos de la infancia y adolescencia periodo 2006-2010” SENAME, 2007
25. “Tratamiento del consumo de drogas para niños y adolescentes en vulnerabilidad social” Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, 2005
26. Grotberg, 1995. en Kotliarenco et all. " Estado del Arte en Resiliencia " OPS 1996.



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE JUSTICIA  
Sename



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Conace

## ANEXOS



Anexo 1

Dimensiones Biopsicosociales para Diagnóstico Integral en Adolescentes con Consumo Perjudicial / Dependencia(\*)

DIMENSION BIOPSIICOSOCIAL				
AREAS		COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL (CBPS)		
		CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
<b>SALUD FÍSICA Y MENTAL</b>	<b>SALUD FÍSICA GENERAL</b>	<p>Estado nutricional normal</p> <p>Presencia y conocimiento de enfermedad física aguda y crónica pre-existente o no, con tratamiento.</p> <p>Hay presencia de autocuidado de la salud física.</p>	<p>Alto riesgo de compromiso somático, por patología aguda. Conocimiento de presencia de enfermedad física aguda o crónica con tratamiento intermitente.</p> <p>Disminución del peso corporal referido. Bajo peso</p> <p>Lesiones de piel (infecciones focalizadas, quemaduras).</p>	<p>Existe un evidente compromiso de enfermedad somática: Infecciones respiratorias, Desnutrición evaluada por</p> <p>Infecciones de piel y fanareas severas y/o generalizadas</p> <p>Presencia de enfermedades crónicas no diagnosticadas o diagnosticada pero con abandono de tratamiento actual.</p> <p>Daño severo en salud dental (pérdida de piezas dentales)</p> <p>Sin iniciativas de autocuidado físico.</p>
	<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<p>Inicio de actividad sexual sin protección.</p> <p>Antecedentes de ITS tratada.</p> <p>Consulta a la red de salud en pos de ayuda o información.</p> <p>Actividad sexual asociada a vínculo e intimidad de pareja.</p>	<p>Presencia de al menos una o dos iniciativas de autocuidado relacionadas a su salud física.</p> <p>Actividad sexual frecuente sin protección.</p> <p>Presencia de ITS no tratadas.</p> <p>Existe conocimiento de la existencia y necesidad de la red de salud sexual y reproductiva, pero el acercamiento no es voluntario y si ha existido, ha sido por mediación de terceros.</p> <p>Embarazo llevado a término bajo cuidados y control médico.</p> <p>Actividad sexual asociada, en ocasiones, a vínculo e intimidad de pareja.</p>	<p>Actividad sexual sostenida en el tiempo y de mayor frecuencia, sin protección.</p> <p>ITS a repetición, sin tratamiento. Embarazos repetitivos, abortos naturales o inducidos, sin control médico.</p> <p>Embarazo actual o anterior sin atención prenatal.</p> <p>Prácticas de comercio y explotación sexual.</p> <p>Actividad sexual sin vínculo afectivo.</p>

(\*) Norma y orientaciones técnico- administrativas de los planes de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas. 2007: anexo N°1 del protocolo operativo Convenio - CONACE - SENAME - MINSAL - FONASA

<b>DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL</b>	<b>SALUD MENTAL</b>	Sin presencia de trastorno neuropsiquiátrico.	Presencia de psicopatología aguda, secundarias o no al consumo de drogas. En caso de que dichas alteraciones sean secundarias al consumo de drogas, éstas se manifiestan de forma moderada. Trastorno neuropsiquiátrico crónico compensado.	Con psicopatología aguda o crónica descompensada, primaria o secundaria al consumo (trastorno esquizofrénico, psicosis, trastorno de ansiedad grave, trastorno del ánimo severo). Trastorno neurológico (daño orgánico secundario o no al consumo) Idea e intento de suicidio.
	<b>CAPACIDAD RELACIONAL Y ADAPTATIVA</b>	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 éstas dificultades han ocurrido han sido más bien hechos aislados y reactivos a situaciones transitorias.	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 extra familiar). Integración parcial a red social. Al menos en una ocasión ha estado en el circuito DEPRODE y DEDEREJ (SENAME)	Conflicto relacional grave (familiar, entre pares, colegio), con resolución a través de agresividad y provocación permanente. Nula tolerancia a la frustración. Grave dificultad en proceso de separación y autonomía. Sin lugar físico de protección y/o contención. Exclusión social. Violencia como referente de Identificación. Incluye daños directos a las personas (familiar o extrafamiliar) Sin integración, tanto a redes sociales formales como a informales Varias entradas a centros de SENAME (DEDEREJ)

<b>FAMILIA</b>	<b>FIGURA VINCULAR O PROTECTORA</b>	<p>Hay presencia de figura vincular protectora, pero ésta es inestable. La empatía surge ante los problemas, y no visualiza las necesidades en forma permanente. Hay presencia de algún vínculo significativo, que tienen alta importancia para el joven y que pueden fortalecer el tratamiento, en su parte individual.</p>	<p>Existen otros significativos, pero sin capacidad de protección. Tendencia a centrarse en las propias necesidades, incorporando al niño, niña o adolescente a ellas. Escasa empatía.</p>	<p>Función protectora no es ejercida por la familia. Figura vincularmente ambivalente, no segura, evitativa. Antecedente de abandono y maltrato emocional sostenido, y/o negligencia.</p>
----------------	---	--	--	---

<p style="text-align: center;">FAMILIA</p>	<p>Familia estructurada, rígida. Con dificultad para establecer normas y límites, roles y funciones. Relaciones de dominancia-sumisión. Parentalidad parcial. Autonomía en la función parental, pero son dependientes en momentos de crisis. Roles estereotipado. Tendencia a no supervisar. Desocupación intermitente. Ausencia parental por muerte o abandono. Comunicación rígida y estereotipada, cerrada a nuevas ideas. Relación con relativa desconfianza. Necesidad de control rígido de sí mismo y de los otros. Ambivalencia no aceptada. Presencia de trastorno psiquiátrico leve y en tratamiento en alguno(s) miembro de la familia.</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. Desocupación. Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento de algún miembro.</p> <p>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. Consumo abusivo de sustancias (drogas y alcohol) Presencia de trastorno psiquiátrico moderado compensado y con controles regulares, en alguno (s) miembro de la familia. Mantienen relaciones con familia extensa.</p>	<p>Parentalidad disfuncional severa y crónica, hasta la toxicidad parental. Familia con vivencia interna de violencia (psicológica y física) y/o maltrato, abuso sexual como pauta relacional. Lazos internos quebrados. Estilos vinculares de tipo paranoides Desocupación, cesantía crónica o indigencia. Desvinculación de las redes sociales formales e informales. Impermeables a la ayuda profesional o de externos. Abandono explícito, afectivo y material. Presencia de trastorno psiquiátrico, moderado o grave agudo o crónico, sin tratamiento (alta gravedad). Consumo problemático de drogas y alcohol en alguno(s) miembro(s) de la familia (alta gravedad) Antecedente de trastorno de personalidad antisocial o presencia de práctica delictual en alguno(s) miembro de la familia.</p>
--	---	--	--



<b>REPARACIÓN</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. 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 y de inicio en la niñez temprana. 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>
-------------------	--	---	---	---

<b>CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA INFRACTORA</b>	<b>ASPECTOS SOCIO-CULTURALES</b>	<p>El joven identifica posibilidades entorno a la infracción de ley 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>EL joven se identifica 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>El joven se identifica fuertemente en torno a la infracción de ley, cultura canera incorporada bajo un marco de rigidez. El joven considera que la infracción de ley es la única manera de salir adelante. 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>
--	----------------------------------	--	---	---

<p><b>CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA INFRACTORA</b></p>	<p><b>CONDUCTA INFRACTORA</b></p>	<p>La infracción ha sido aislada, ocasional y sin daños significativos a la integridad física y psicológica de las personas y a la propiedad Relacionada con aceptación de grupo de pares y en respuesta a la demanda de la etapa de desarrollo.</p>	<p>Ocurre durante la etapa adolescente, asociada a la intensificación de los cambios propios de la etapa.</p> <p>Conducta infractora: La infracción se realiza en el hogar y entornos "significativos" y de forma individual. Individuación a través de la Infracción. Conducta infractora funcional como parte de su contexto cultural.</p>	<p>Presencia de exposición temprana a una socialización deficiente, asociada a la infracción 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. Definimos algunas categorías a tener en cuenta para la evaluación.</p> <p>Menor severidad: cuando estas responden a presencia de eventos psicoestresantes graves Ej. abuso sexual, muerte de uno de los padres, abusos físicos graves y persistentes. Aparece en etapa adolescente. Mediana severidad: se encuentran comportamiento graves asociado a daños de las personas, animales, propiedad dentro y fuera de su hogar, pero los actos se realizan para obtener dinero para consumir y en ocasiones bajo los efectos de las drogas. Se inició la conducta transgresora después de los 10 años, asociado a comorbilidad psiquiátrica (Déficit Atencional, Enfermedad bipolar , entre otros)</p> <p>Mayor severidad: inicio de las conductas infractoras antes de los 10 años, patrón persistente y repetitivo de agresión a otras personas especialmente, destrucción de la propiedad, violaciones graves de las normas dentro y fuera de su hogar, tendencia a realizar estas actividades en forma solitaria, o asociados a grupo con gran desarrollo delictual. Rasgos temperamentales dados por tendencia exagerada en la búsqueda de sensaciones, altos niveles de impulsividad, ausencia de miedo, con déficit neuropsicológicos verbales y ejecutivos. Escasa empatía y responsabilización por sus actos Padres o hermanos con evidencia de personalidad antisocial. Actividades relacionadas con la infracción mantenida por 1 año y repetitiva.</p>
---	-----------------------------------	--	--	--

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

<p>COMUNIDAD</p>	<p>Participación en grupos validados en la comunidad. Comunidad participativa, cohesionada, apoyo social y protección a niños, niñas y adolescentes. Recursos comunitarios limitados, pero existen.</p>	<p>Problemas de integración e inclusión social. Ausencia de apoyo social. Escasos recursos comunitarios. Barrio altamente conflictivo. Accesibilidad a sustancias y tráfico. Comunidad que cuenta con recursos pero no son efectivos para los jóvenes. Contexto social con violencia ocasional. Contexto que valore la realización de actividades formales (estudio y trabajo)</p>	<p>Problemas de integración e inclusión social. Ausencia de apoyo social, escasos recursos comunitarios. Barrio altamente conflictivo. Accesibilidad a sustancias y tráfico. Barrios con aceptación de consumo, tráfico u otras conductas delictivas. Contexto social con violencia sostenida. No existe una comunidad organizada, o comunidad que no se integra a redes a redes formales o informales. Contexto que valora las actividades productivas informales, descalificando las formales.</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</p>	<p>Logra armonizar tiempos de labores con de ocio y tiempo libre en actividades adecuadas a su desarrollo sano. "Carretes" ocasionales, asociado al cumplimiento de tareas evolutivas, con prácticas frecuentes de autocuidado, en lugares seguros y permitidos.</p>	<p>Organiza tiempo, con aficiones diversas, inquietud cultural, deportiva recreativa. "Carrete" permanente los fines de semana, con presencia de practicas de consumo, pero incorpora al menos uno o dos iniciativas de autocuidado.</p>	<p>"Carrete asociado a la búsqueda del placer por consumir. Carrete asociado a riñas, porte de armas, exposición a situaciones de alto riesgo vital</p>

## Anexo 2

### Relación entre la Evaluación clínica diagnóstica y modalidades de tratamiento de alcohol y drogas en medio libre o privativo de libertad.

Diagnóstico	Modalidad de atención
<p>Adolescentes que presentan síndrome de abstinencia severo y/o riesgo de suicidio alto y/o Psicosis descompensada con severo descontrol de impulso y/o Trastorno Mental con auto y hetero agresividad grave y/u otra Enfermedad Mental con riesgo vital. Estos Adolescentes requieren de observación médica y cuidados especiales las 24 horas al día.</p>	<p>Hospitalización de Corta Estadía</p>
<p>Adolescentes con consumo problemático de drogas de alto riesgo, presencia de comorbilidad psiquiátrica severa compensada con familia multiproblema donde existe consumo problemático entre sus integrantes y/o maltrato-abuso, presentan imposibilidad de mantenerse en abstinencia en el contexto ambulatorio.</p>	<p>Plan Residencial y Plan Residencial Modificado</p>
<p>Adolescentes con consumo problemático de drogas de riesgo moderado y alto, presencia de comorbilidad psiquiátrica compensada con familia multiproblema pero con capacidad de apoyar al adolescente durante el tratamiento.</p>	<p>Plan Ambulatorio Intensivo</p>
<p>Adolescentes con consumo perjudicial o dependiente de riesgo moderado, compromiso biopsicosocial moderado, sin enfermedad mental severa. Desempeña una actividad educacional parcial o total Cuenta con red de apoyo familiar.</p>	<p>Plan Ambulatorio Básico</p>
<p>Consumo perjudicial o dependiente de <i>riesgo moderado</i> Compromiso psicosocial severo, que se expresa en dificultades importantes en el ámbito escolar y/u ocupacional (desescolarización, repitencia, dificultades de adaptación) Desertor total o parcial del sistema escolar y sin actividad laboral. No presenta comorbilidad con enfermedad mental severa. Familia multiproblemática, con dificultades para apoyar el tratamiento.</p>	<p>Plan Ambulatorio Comunitario</p>