



**REF: APRUEBA ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS-PROGRAMA 24 HORAS DE LA LÍNEA DE ACCIÓN INTERVENCIONES AMBULATORIAS DE REPARACIÓN, DEL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCION ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.**

**RESOLUCIÓN EXENTA Nº**

**490**

**SANTIAGO, 27 JUL 2022**

**VISTO:** Lo dispuesto en los artículos 1, 2, 2 bis, 6 letras a) y e), 7 letras a), b) y d) y 58 de la Ley N°21.302; en la Ley N° 20.032; en el Decreto con Fuerza de Ley N°1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 19.880; en el Decreto Supremo N° 19, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y familia y del Ministerio de Hacienda; en la resolución exenta RA 215067/196/2021, de 2021, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; en el decreto exento N°03, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de la Niñez; en los artículos 79 y siguientes del D.F.L N° 29, de 2004, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo; y en las Resoluciones N°s 7, de 2019 y 16, de 2020, ambas de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO:**

1. Que, el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia es un servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, cuyo objeto es garantizar la protección especializada de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, entendida como el diagnóstico especializado, la restitución de los derechos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones. Lo anterior, se realizará asegurando la provisión y ejecución de programas especializados para abordar casos de mediana y alta complejidad.
2. Será responsabilidad del Servicio asegurar el desarrollo de las líneas de acción y la disponibilidad de los programas diversificados y de calidad que deberán satisfacer las diferentes necesidades de intervención de cada niño, niña y adolescente, tales como el diagnóstico clínico especializado y seguimiento de su situación vital y condiciones de su entorno, el fortalecimiento familiar, la restitución del ejercicio de los derechos vulnerados y la reparación de las consecuencias provocadas por dichas vulneraciones, junto con la preparación para la vida independiente, según corresponda. La oferta de programas deberá proveerse a requerimiento del órgano administrativo o judicial competente de manera oportuna y suficiente, resguardando la dignidad humana de todo niño, niña y adolescente, y se prestará de modo sistémico e integral, considerando el contexto de su entorno familiar y comunitario, cualquiera que sea el tipo de familia en que se desenvuelva.
3. Que, el artículo 18 de la Ley N° 21.302, establece que el Servicio desarrollará su objeto a través de las líneas de acción que indica entre ellas, la de intervenciones ambulatorias de reparación. Que, dentro de dicha línea se contempla el modelo de intervención programa



de protección especializada para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas - Programa 24 Horas.

4. Que, el Decreto Supremo N° 19, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y familia y del Ministerio de Hacienda, que aprueba el reglamento de la Ley N°20.032, en su artículo 13 contempla el método de cálculo de la línea de acción de intervenciones ambulatorias de reparación, señalando la forma de cálculo del valor de los aportes financieros del Estado a transferir a los colaboradores acreditados que desarrollen dicha línea de acción.
5. Que, es función del Servicio, conforme al artículo 6 letra e) de la Ley N°21.302, "Elaborar la normativa técnica y administrativa respecto de cada programa de protección especializada, la que deberá ajustarse a los principios y estándares del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; a los contenidos en la ley N° 20.032, en especial, a los contemplados en su artículo 2 y en las letras a), b) y c) de su artículo 25, y a las estimaciones periódicas de la demanda de oferta programática en cada territorio. Dicha normativa regirá respecto de todos los programas de protección especializada, ya sean ejecutados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados".
6. Que, esta autoridad se encuentra facultada conforme a lo dispuesto en el artículo 7 letra d) de la ley N°21.302, para dictar las resoluciones e instrucciones, tanto generales como específicas, necesarias para el cumplimiento de los objetivos y el buen funcionamiento del Servicio y de los programas de protección especializada, ya sean ejecutados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados.
7. Que, resulta procedente aprobar mediante el presente acto administrativo las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento del modelo de intervención programa de protección especializada para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas - Programa 24 Horas de la línea de acción intervenciones ambulatorias de reparación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

#### **RESUELVO:**

- 1°. **APRUEBENSE** las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento del modelo de intervención programa de protección especializada para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas - Programa 24 Horas de la línea de acción intervenciones ambulatorias de reparación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

#### **ORIENTACIONES TÉCNICAS**

##### **LÍNEA DE ACCIÓN INTERVENCIONES AMBULATORIAS DE REPARACIÓN**

##### **MODELO DE INTERVENCIÓN PROGRAMA DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS-PROGRAMA 24 HORAS**

**JULIO 2022**



**INDICE**

**I. Presentación ..... 4**

**II. ANTECEDENTES..... 6**

        2. Marco General para el Desarrollo del Proyecto. .... 8

**III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ..... 11**

**IV. OBJETIVOS Y MATRIZ LÓGICA ..... 14**

    4.1 Objetivo General..... 14

    4.2 Objetivos Específicos. .... 14

    4.3. Matriz Lógica ..... 15

**V. ORIENTACIONES TÉCNICAS ESPECÍFICAS ..... 19**

    5.1 Sujeto de atención participante del Programa..... 19

        5.1.1 Niveles de consumo que se abordarán en estas orientaciones técnicas: ..... 19

    5.2 Vías de ingreso..... 23

    5.3 Cobertura y focalización territorial..... 23

    5.4 Modelos específicos de intervención para la modalidad ..... 24

**5.5. Orientaciones generales sobre las fases a considerar en la intervención. Fases de la intervención. .... 36**

**Nivel Personal, con el niño, niña o adolescente. .... 36**

**Nivel familiar ..... 39**

**Nivel socio-comunitario ..... 41**

    5.6 Fases de la Intervención. .... 43

    5.7 Tiempos para la Intervención. .... 54

**VI. SOBRE EL EQUIPO ..... 54**

    6.1. Criterios generales..... 54

    6.2. Gestión de personas ..... 55

**6.3. Funciones básicas del equipo ..... 60**

**VII. SOBRE LOS RECURSOS MATERIALES ..... 66**

    7.1 Respecto del inmueble de funcionamiento..... 66

    7.2 Respecto del equipamiento..... 66

**VIII. SOBRE LA EVALUACIÓN..... 67**

**IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. .... 68**

**X. ANEXO ..... 73**



## I. PRESENTACIÓN

El Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y la Adolescencia es el continuador y sucesor legal del Servicio Nacional de Menores a contar del 01 de octubre de 2021, en las materias que resulten de su competencia de conformidad a la ley N° 21.302. En este contexto, y considerando las nuevas líneas de acción contempladas en las leyes N°s 21.302 y 20.032, es que se han adecuado las orientaciones técnicas a los respectivos programas asociados a estas líneas. No obstante, y considerando el período de transición que implica la ejecución de los distintos modelos de intervención, para efectos de una mejor comprensión, en el presente documento se han mantenido los nombres y siglas de las distintas modalidades que aún continúan en ejecución y que fueron licitadas en el SENAME, y que forman actualmente parte de la oferta de protección a cargo de este Servicio. En este sentido, cabe indicar que, los programas de protección especializada que actualmente ejecuta este Servicio se encuentran definidos en el D.S. N° 19, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y del Ministerio de Hacienda.

El presente documento tiene como finalidad entregar las Orientaciones Técnicas a Organismos Colaboradores Acreditados del Servicio, que ejecutan la modalidad de intervención: **Programa Protección Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas, en el marco del Programa 24 Horas, PDC**, de la línea de acción intervenciones ambulatorias de reparación

El Programa 24 Horas se diseña y comienza a implementar durante el primer Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet (2007-2010), como un programa intersectorial, entre la Subsecretaría de Carabineros, el Servicio Nacional de Menores dependiente del Ministerio de Justicia y la Subsecretaría de Prevención del Delito, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, como respuesta a la falta de servicios de atención psicosocial para niños, niñas y adolescentes ingresados a unidades policiales, registrados en las bases de datos de Carabineros de Chile en el marco del Programa de Seguridad Integrada 24 horas de la Zona de Protección Policial a la Familia.

Su objetivo general es contribuir a la superación de las situaciones de vulneración y/o a la interrupción de conductas transgresoras<sup>1</sup> en niños, niñas y adolescentes derivados del Programa de Seguridad Integrada PSI 24 Horas.

En la elaboración de las presentes Orientaciones Técnicas ha sido incorporado diversos insumos recogidos en acciones ejecutadas, orientadas a integrar la voz de los distintos actores involucrados en la ejecución del Programa, estos son:

En primer lugar, realización de Jornadas de Mesas Técnicas llevadas a cabo durante el segundo semestre de 2016, en las que participaron equipos de las modalidades especializadas PIE, PDE, PDC, de distintas comunas del país en donde se encuentra instalado el Programa.

En segundo lugar, se realizaron entrevistas a actores vinculados a las organizaciones colaboradoras que ejecutan los proyectos en los territorios, quienes aportaron información relevante relacionada con la experiencia de la ejecución durante estos años.

En tercer lugar, en el marco del rediseño de las presentes orientaciones, se llevaron a cabo entrevistas a expertos del mundo de la academia y de la institucionalidad pública

---

<sup>1</sup> Se considera a las conductas transgresoras como un concepto más amplio que el de infracción, en la medida que permite incorporar ilícitos cometidos por menores de 14 años, así como otras prácticas que, sin caer en una categoría de infracción en lo legal, si resultan contrarias a normas sociales de convivencia, trasgrediendo o vulnerando los derechos de otros.



quienes aportaron con sus conocimientos tanto teóricos como desde la experiencia, al mejoramiento de estas orientaciones. En cuarto lugar, se integra los resultados obtenidos en el Estudio “Evaluación de implementación y de resultados del Programa 24 Horas”, realizado por la Universidad Alberto Hurtado, resultados que recogen la experiencia de los 6 años de implementación del programa.

Finalmente mencionar que se recogen las experiencias y aprendizajes de 6 años de implementación del Programa; los aportes de los equipos ejecutores de las distintas regiones del país, y el aporte de supervisores/as técnicos.

La implementación y funcionamiento de estos programas se cumplirá de acuerdo con lo estipulado en la ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica normas legales que indica y la ley N°20.032, que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados, y sus respectivos reglamentos.

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 2 de la ley N° 20.032, la acción del Servicio y sus colaboradores acreditados se sujetará a los siguientes principios:

“1) El respeto, la promoción, la reparación y la protección de los derechos humanos de las personas menores de dieciocho años contenidos en la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, los demás tratados internacionales en la materia ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, y las leyes dictadas conforme a ellos, asegurando las condiciones que otorguen el necesario bienestar biopsicosocial, así como la efectividad de sus derechos y las condiciones ambientales y oportunidades que los niños, niñas y adolescentes requieren según su etapa de desarrollo, mediante una intervención oportuna y de calidad.

2) La promoción de la integración familiar, escolar y comunitaria del niño, niña o adolescente y su participación social.

3) La profundización de la alianza entre las organizaciones de la sociedad civil, gubernamentales, regionales y municipales, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez y a la adolescencia.

4) La transparencia, eficiencia, eficacia e idónea administración de los recursos que conforman el régimen de aportes financieros del Estado, establecido en la presente ley, a los colaboradores acreditados por parte del Servicio, en su destinación a la atención de los niños, niñas y adolescentes. Para ello, el Servicio deberá fiscalizar y supervigilar la ejecución de las diversas líneas de acción que desarrollen los colaboradores acreditados en los ámbitos técnicos y financieros y en otros que resulten relevantes para su adecuado desempeño. Las funciones de fiscalización y supervigilancia se encontrarán separadas.

5) La probidad en el ejercicio de las funciones que ejecutan. Todo directivo, profesional y persona que se desempeñe en organismos colaboradores deberá observar una conducta intachable y un desempeño honesto y leal de sus funciones con preeminencia del interés general sobre el particular.

Los recursos públicos que se reciban por concepto de subvención deberán ser depositados y administrados en la forma que determine el reglamento.

6) Responsabilidad en el ejercicio del rol público que desarrollan. Las personas jurídicas que se desempeñen como organismos colaboradores del Estado serán civilmente responsables por los daños, judicialmente determinados, que se hayan ocasionado a raíz de vulneraciones graves de los derechos fundamentales de los niños, niñas y





adolescentes causados tanto por hechos propios como de sus dependientes, salvo que pruebe haber empleado esmerada diligencia para evitarlas. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad civil que por los mismos hechos pueda corresponderle a la persona natural que ejecutó los hechos.

Lo dispuesto en el párrafo anterior será igualmente aplicable a las personas naturales que se desempeñen como colaboradores acreditados.

Sin perjuicio de ello, el Estado velará por el acceso oportuno y preferente a los servicios sanitarios y de rehabilitación de la salud disponibles en el Estado, para los niños revictimizados dentro del sistema nacional de protección.

7) El trato digno evitando la discriminación y la estigmatización de los sujetos de atención y de su familia. Deberán recibir en todo momento y en todo medio el trato digno que corresponda a toda persona humana. Particular cuidado se deberá tener en las medidas, informes o resoluciones que produzcan efecto en las decisiones de separación familiar.

8) Objetividad, calidad, idoneidad y especialización del trabajo, que se realizará de acuerdo a las disciplinas que corresponda. Las orientaciones técnicas a las que se refiere el reglamento de esta ley establecerán, a lo menos, los requisitos, prestaciones mínimas y plazos que deberán cumplir tanto el Servicio como los colaboradores acreditados para asegurar el cumplimiento de este principio.

9) Participación e información en cada etapa de la intervención. Se informará y se tendrá en cuenta la opinión del niño, niña y adolescente respecto a los procesos de intervención que le atañen, en función de su edad y madurez.

## **II. ANTECEDENTES**

En el año 1990, el Estado de Chile ratifica la firma de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), con ello inicia una profunda reforma para adecuar su normativa interna y sus políticas públicas al espíritu de dicha Convención.

La CDN (1989) plantea una serie de artículos, dentro de los cuales se pueden distinguir algunos como los más atingentes a las modalidades que se enmarcan en el Programa 24 Horas. Es así que, el artículo 19, hace referencia a la protección que deben tener los niños/as de cualquier forma de maltrato y de la necesidad que los países cuenten con programas de apoyo para sus cuidadores. Textualmente, plantea que "Los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Las medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él. Asimismo, en su artículo 33, se señala que "Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícito de esas sustancias". En el artículo 36, se hace mención de la



protección contra otras formas de explotación que no están consideradas en los artículos 32 (trabajo infantil), artículo 33 (Uso y tráfico de Estupefacientes), artículo 34 (Explotación Infantil) y artículo 35 (Venta, Tráfico y Trata).

Por otra parte el Programa 24 Horas, nace como un Programa Intersectorial entre la Subsecretaría de Carabineros, el Servicio Nacional de Menores, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y la Subsecretaría de Prevención del Delito, dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, para brindar atención psicosocial a niños, niñas y adolescentes, derivados del listado del Programa de Seguridad Integrada PSI de Carabineros de Chile, a través de un convenio de cooperación con las Municipalidades (Listado PSI 24 Horas), que contiene información referente a los niños, niñas y adolescentes, que han sido ingresados a las distintas Unidades Policiales de Carabineros, por vulneración de derechos o transgresión de normas.

Este listado es enviado a los municipios para ser gestionado por profesionales del área psicosocial y posteriormente realizar las derivaciones a la oferta especializada instalada en los territorios, para así dar respuesta de manera oportuna, preferente y de calidad a la necesidad de atención psicosocial a los niños, niñas y adolescentes, dando cumplimiento al objetivo propuesto para el Programa.

En el año 2010 se comienza a instalar un Modelo de Gestión Territorial que se mantiene hasta la actualidad, el cual implica reforzar la oferta existente en los territorios, en los cuales se implementa el Programa, contemplando 5 dispositivos de atención:

- Oficinas de Protección de Derechos del Niño, Niña o Adolescente-OPD
- Programas de Prevención Focalizada-PPF.
- Programas de Intervención Integral Especializada-PIE.
- Programas de Protección Especializada en Reinserción Educativa-PDE.
- Programas de Protección Especializada para el tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y/o Droga-PDC.

Es así como, junto con el fortalecimiento de la oferta, se implementan las Mesas de Gestión de Casos con la finalidad de apoyar el desarrollo de un Modelo de Gestión Territorial, que implica superar las prácticas fragmentadas, para avanzar hacia la intervención coordinada, integrada y de trabajo en red.

**Mesa de Gestión de Casos:** Entendida como una instancia de coordinación y colaboración efectiva entre los programas locales vinculados con niñez y adolescencia, especialmente relacionados con el Programa 24 Horas (Carabineros, Municipios, Dispositivos de Subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior, Equipos de Salud Mental, entre otros). Se define como un espacio colaborativo, de interacciones horizontales, que permite compartir experiencias, poner en común información, intercambio de saberes, reflexión sobre las prácticas, que permitan construir y articular en conjunto las intervenciones, entre otros. Como también, el análisis crítico de casos, especialmente de aquellos que requieren una mirada compartida o que han presentado mayores desafíos en su intervención. En definitiva, se espera que contribuya a la superación de vulneraciones de derechos y/o prácticas transgresoras en niños, niñas y adolescentes.

La coordinación de la Mesa de Gestión de Casos está a cargo de los equipos de la Oficina de Protección de Derechos (OPD) del Servicio, en conjunto con las duplas de los Equipos



de Detección Temprana (EDT) de la Subsecretaría de Prevención del Delito (SPD). Son parte de esta instancia los representantes de las distintas modalidades del Programa 24 Horas: dupla de Equipo de Detección Temprana (EDT), Oficina de Protección de Derechos (OPD), Programa de Prevención Focalizada (PPF), Programa Integral de Intervención Especializada (PIE), Programa de Protección Especializada para el Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas (PDC), Programa Especializado de Reinserción Educativa (PDE), equipo de Terapia Multisistémica de la Subsecretaría de Prevención del Delito (MST), equipos de Salud Mental del Ministerio de Salud, encargados técnicos de los Organismos Colaboradores, Representantes de Organismos e Instituciones de carácter intersectorial que operan en las respectivas comunas (Centro Comunitario de Salud Mental - COSAM, Programas de Reparación, Dirección de Desarrollo Comunitario - DIDECO, etc.; y finalmente, otros actores comunitarios territoriales relevantes en materia de infancia y adolescencia

## **2. Marco General para el Desarrollo del Proyecto.**

### **2.1 Modelo Programa 24 Horas.**

El programa 24 Horas desde sus inicios, se define como un modelo de gestión territorial intersectorial, lo que ha implicado una serie de desafíos que convoca a su vez a distintos actores en el desarrollo del programa. La propuesta de trabajo del modelo de trabajo, requieren una alta coordinación y un trabajo estructurado para el desempeño esperado del programa.

Atendiendo a la diversa oferta desplegada en los territorios, nos hace ver la necesidad de establecer un trabajo integral y complementario entre las dimensiones biopsicosociales, que permitan relevar el modo en que estas se imbrican y realizar intervenciones integrales, interdisciplinarias y en red; asimismo surge la necesidad de contar con diagnósticos y planes de intervención integrales para toda la población a atender y la necesidad de una alianza estratégica con los servicios públicos de salud.

De esta manera, también se espera que los equipos que forman parte del Programa 24 Horas, activen las redes de derivación adecuada y suficiente, para lograr un abordaje integral tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento oportuno de los usuarios del programa.

En el marco del Programa 24 Horas de, la modalidad de tratamiento del consumo problemático de alcohol y/u otras drogas- PDC, debe ser desarrollada por organismos colaboradores acreditados del Servicio, que tengan experiencia en el trabajo terapéutico con niños, niñas y adolescentes que presenten esta problemática. Es así como, para la ejecución del proyecto, este debe ajustarse a lo siguiente:

**1. Focalización:** La focalización de cada modalidad será barrial o comunal, y se insertará en el territorio donde intervienen los Proyectos implementados en la comuna respectiva en el marco del Programa 24 Horas. El propósito de ellos es desarrollar intervenciones contextualizadas a la realidad de los sujetos participantes y facilitar el acceso de la población atendida.

**2. Complementariedad:** El Programa 24 horas se plantea como un modelo de gestión territorial intersectorial, que implica entre otros aspectos que las intervenciones de los proyectos del circuito 24 Horas se encuentren en un entramado de prestaciones de servicios, que requieren coordinarse para evitar la sobre intervención. Se espera que los





proyectos realicen acciones para trabajar en complementariedad, en los casos en donde participe más de una modalidad. Se espera que los proyectos comprendan que el foco es superar las vulneraciones de derechos que afectan a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, por tanto, sus intervenciones deberán generar sinergia con las que desarrollen otros programas. También es clave desarrollar una actitud de colaboración y coordinación favorecedora del trabajo entre los equipos, para otorgar una atención integral y oportuna.

**3. Articulación con otros proyectos y servicios implementados especialmente en el marco del programa.** Este ámbito se orienta al desarrollo de estrategias que favorezcan la colaboración y articulación sistemática entre las modalidades y los recursos locales, en torno a los requerimientos de los usuarios/as del programa, lo que deberá traducirse en la integralidad de la intervención, diseñando en conjunto los Planes de Intervención Unificados (PIU). Dicha articulación es esencial para favorecer procesos de derivación expeditos y atinentes al perfil del proyecto, del mismo modo que acciones complementarias y colaborativas en aquellos casos que corresponda, tanto con el Municipio como con otras organizaciones de la comunidad local y otros dispositivos del circuito 24 Horas presentes en el territorio.

**4. Planes de Intervención Unificados (PIU):** El PIU es el instrumento a través del cual los equipos especializados del Programa 24 Horas (PIE, PDE, PDC, PPF), generan acuerdos respecto de estructurar el proceso interventivo. Es la carta de navegación colectiva en donde cada disciplina aporta desde su experticia en pro de generar objetivos comunes co-construidos por el equipo de trabajo, conformado a propósito de la particularidad de cada caso, elaborado en el desarrollo periódico de reuniones con la finalidad de evitar la sobreintervención.

**5. Articulación con programas ambulatorios de Salud Mental.** Corresponde a una modalidad de atención dispuesta desde el Ministerio de Salud para la atención preferente de niños, niñas y adolescentes derivados desde los proyectos implementados como parte del Programa 24 Horas, con los cuales se podrá establecer coordinación en la medida que el equipo del proyecto interventor estime pertinente su derivación a dichos equipos, procurando la adecuada coordinación para la implementación de objetivos de planes de intervención. En las comunas en las que no se encuentra presente el equipo de atención de salud mental desde el Ministerio de Salud, para la atención preferente de niños, niñas y adolescentes provenientes del PSI 24 Horas, se deberán establecer las coordinaciones con el área de salud comunal, que permita establecer coordinación con las redes sanitarias, para facilitar la atención de salud de acuerdo con las necesidades de los niños/as y adolescentes.

## **2.2. Marco institucional sobre derecho a la salud, prevención y tratamiento del consumo de drogas.**

A la luz del enfoque de derechos y su foco especial en la infancia y adolescencia, emergen acuerdos y directrices colectivas impulsadas por organismos internacionales, que velan por garantizar que el derecho a la salud se cumpla cabalmente por todos los Estados adscritos a la CDN. Estas instituciones de manera coordinada se manifiestan respecto del abordaje en niños/as y adolescentes en relación con el consumo de alcohol y/u otras drogas.



**UNICEF**, siendo un organismo internacional que se preocupa por la protección de los derechos de la niñez, requiere contar con compromisos de la institucionalidad pública, que garantice el cuidado y atención oportuna para los sujetos de atención. Declarando que se deben fortalecer la cobertura y calidad de la intervención de los usuarios a lo largo del proceso de desarrollo vital, considerando el derecho a ser oídos y tomados en cuenta en asuntos que los afecten. Este sistema estaría orientado a promover, prevenir, asistir, proteger y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes reconocidos en la CDN, la Constitución Política y demás legislación pertinente. En lo que se refiere específicamente al uso y abuso de sustancias, la **UNESCO** indica que el uso indebido de drogas lícitas o ilícitas es un problema de la sociedad y su labor global se orienta en favor de la promoción de la calidad de vida y el respeto de los derechos humanos.

Dentro de la misma línea, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, señala que el consumo nocivo de alcohol en adolescentes debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que es causa fundamental de traumatismos, en específico de los causados por el tránsito, violencia y muertes prematuras. Hace referencia al abuso de sustancias como un estado psíquico y algunas veces físico, que se caracteriza por efectos en la conducta y producir deseos de repetir la experiencia, denominando técnicamente este comportamiento adictivo como consumo problemático de drogas. Desde este organismo internacional, el uso de drogas se convierte en abuso dependiendo de lo siguiente: la cantidad y frecuencia del consumo, las características del consumidor y las circunstancias en que ese consumo se produce.

La **Organización de las Naciones Unidas (ONU)**, como organización de estados soberanos, colabora en pro de la paz mundial, promover la amistad entre todas las naciones y apoyar el progreso económico y social; pronunciándose acerca del consumo de drogas en adolescentes vulnerables y a su uso indebido. Menciona que el consumo abusivo de drogas de este grupo etario es incluso más de dos veces superior al de todo el resto de la población, y por lo general los adolescentes que consumen drogas, no disponen de información o no la suficiente, sobre los riesgos que ello acarrea para su salud, siendo de vital importancia la entrega oportuna de dicha información, en un acto eminentemente psicoeducativo.

En el ámbito nacional, el organismo referente en la temática de consumo de drogas es el **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)**. Este organismo es un ente colaborador del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y junto a la Subsecretaría de Prevención del Delito, elaboran políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol y de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por dichos consumos, cuando estas conductas constituyan un factor de riesgo para la comisión de delitos. A la vez impulsa y apoya, técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de Ministerios o Servicios Públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo. Por su parte, el **Ministerio de Salud** busca intervenir tempranamente sobre sujetos en desarrollo, que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y/u otras drogas. Incluye como patología AUGÉ el consumo perjudicial y dependiente de drogas y/o alcohol y entrega orientaciones para su tratamiento (MINSAL, 2013)

Así, desde el ámbito de la salud pública, implica aunar esfuerzos y procurar el acceso a los servicios sanitarios para la prevención, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud, específicamente en lo referente al consumo de drogas. La



Convención de Derechos del Niño, (CDN) establece que “los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños/as contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a niños/as en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias” (artículo 33).

En consecuencia, esto incluye tomar todas las iniciativas que permitan asegurar no sólo la promoción de salud integral y vida libre de drogas, de estilos de vida saludables, sino también proveerles de los servicios especializados, cuando se vean envueltos en situaciones que dañan gravemente la salud integral de la población.

Ahora bien, el Servicio, en el marco del Programa 24 Horas, contribuye a esta tarea desde la protección especial, con la implementación de un dispositivo para el tratamiento del consumo de alcohol y/u otras drogas (PDC), desde una óptica de enfoque de derechos, en el desarrollo del trabajo con una población de alta complejidad. Cabe destacar, que las presentes orientaciones técnicas fueron construidas en sintonía con los lineamientos técnicos elaborados desde SENDA y MINSAL, ambos organismos reguladores de la temática prevención y tratamiento del consumo de drogas en nuestro país.

Sumado a lo anterior, para la elaboración de las presentes Orientaciones Técnicas, se realizaron Jornadas de Mesas Técnicas para esta modalidad, donde se recogieron insumos desde la experiencia del trabajo desarrollado por los equipos interventores.

### **III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **3.1 Informe mundial sobre drogas**

El consumo de alcohol y/u otras drogas ha aumentado sostenidamente a nivel mundial en los últimos 10 años, convirtiéndose de esta manera en un problema de salud pública de primera prioridad. El perjuicio flagrante, daño mental y físico y conductas asociadas a la infracción de ley que trae aparejado el uso y tráfico de alcohol y drogas, interpela a todos los distintos Estados a tomar medidas para hacerse cargo de este tema y velar por que la población general y especialmente los niños y niñas, consoliden un estilo de vida libre de drogas. Para ello, impulsan políticas de orden preventivo, así como programas que ofrecen tratamiento a personas que presentan consumos que revisten riesgo para la salud, que requieren ayuda especializada.

A nivel nacional, el escenario no dista de lo que ocurre a nivel mundial. El consumo de alcohol y drogas presenta una tendencia al alza en población general, así como en niños, niñas y adolescentes, así como también ha disminuido la edad de inicio en el consumo.

En el nivel local, se puede mencionar que en el desarrollo de las mesas técnicas del programa de tratamiento de consumo de alcohol y drogas- PDC, los equipos participantes manifiestan la necesidad de ampliar el perfil del sujeto de atención, incorporando el consumo habitual al tratamiento que ofrece la modalidad, ya que es este mismo perfil es el que se complejiza, evolucionando hacia un consumo problemático, esto debido a las características propias de los usuarios y los contextos de alta vulnerabilidad social y familiar en los que se desenvuelven. Se quiere brindar atención de forma oportuna,



evitando que transite hasta el consumo problemático, lo que disminuye las posibilidades de intervenir con éxito.

A continuación, se muestran estudios y estadísticas, que muestran una realidad que aparece como un problema urgente de solucionar por parte de nuestro país.

Según el resumen ejecutivo referente al Informe Mundial sobre las Drogas de la ONU (2015), menciona que las personas que presentan consumo problemático de drogas son aproximadamente 27.4 millones de personas, entre 15 y 64 años. Esto acarrea consecuencias relacionadas con el ingreso a sistemas de salud y las dificultades para la cobertura de atención. Igualmente, preocupante son los más de cuarenta millones de usuarios de drogas ilícitas que han aumentado en los últimos 8 años.

Estas cifras obligan a los países a diseñar e implementar políticas públicas orientadas a prevenir y realizar tratamientos. Se constituye en un problema de salud pública tan sensible que se requiere de toda la sociedad para hacerle frente. Así, en la actualidad los efectos nocivos para la salud, a raíz del consumo de drogas ilícitas sigue siendo motivo de preocupación a nivel mundial, pues la gran mayoría de las personas con consumo problemático de alguna sustancia sigue sin tener acceso a tratamiento.

3.2 Prevalencia consumo de drogas a nivel nacional

La realidad nacional no es ajena a lo que está ocurriendo a nivel internacional. Observamos igual tendencia, no solamente en el aumento sostenido de alcohol y/u otras drogas, sino que en una menor percepción de riesgo del consumo de drogas. Los datos expuestos a continuación son extraídos del Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile (2015) y del Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2014), ambos de SENDA.

En los rangos de edad que van desde los 12 a los 18 años, se ha observado que el consumo de marihuana se ha incrementado en los últimos años; pasando de un 6.7% el 2012 a un 13.5% el 2014, subiendo alarmantemente más de cinco puntos porcentuales en el lapso de dos años.

**Evolución de la prevalencia de consumo de marihuana en el último año, según sexo, curso y dependencia administrativa. Chile, 2001-2015.**

Serie	Total	Sexo		Curso					Dependencia Administrativa		
		Hombre	Mujer	Octavo	Primer	Segundo	Tercero	Cuarto	Municipal	P. Subvencionado	P. Pagado
2001	148	162	135	5,5	11,1	17,0	20,9	22,5	14,4	15,0	15,4
2003	130	143	117	4,9	9,1	15,2	18,7	21,6	13,0	12,5	14,3
2005	147	161	134	4,8	9,9	16,2	21,2	25,8	15,0	14,3	15,3
2007	156	167	145	5,3	12,1	17,2	21,7	23,6	15,3	15,6	16,2
2009	151	157	145	6,5	11,6	16,7	20,4	22,1	15,9	14,5	14,8
2011	195	202	189	10,5	16,8	23,4	26,2	24,3	20,7	19,6	14,6
2013	30,6	31,6	29,6	15,7	29,4	33,2	38,8	38,9	31,5	30,5	26,2
2015	34,2	34,4	33,9	18,9	28,7	36,4	45,0	45,4	34,4	35,0	28,3



Como se observa en el gráfico anterior, la prevalencia del consumo de marihuana a nivel escolar<sup>2</sup> ha aumentado en los últimos años en forma significativa. Observándose que en población femenina aumentó del año 2011 con un 18.9% al año 2015 con un 33,9%; de la misma forma aumentó en población masculina, del año 2011 con 20.2% al año 2015 con 34,4%. Por su parte, la prevalencia del consumo de inhalables en población escolar desde 8vo a 3ero medio también muestra una tendencia al alza. En la población femenina aumentó del año 2011 con un 3.9% al año 2015 con un 5.4%, de la misma forma aumentó en población masculina, del año 2011 con 4.0% al año 2015 con 5,5%.

Desde el mismo estudio, puede observarse que la prevalencia del consumo de tranquilizantes sin receta médica en población escolar desde 8vo a 4to medio ha aumentado. En la población femenina aumentó del año 2011 con un 8.5 al año 2013 con un 11.1, de la misma forma aumentó en población masculina, del año 2011 con 6.6 al año 2013 con 7.9. Respecto del consumo de alcohol, se aprecia un aumento en el consumo de alcohol en todos los grupos etarios, notándose un alza en el rango que va desde los 12 a 18 años, con 18.1% el año 2012, aumentando el año 2014 a un 22.9%.

Estamos frente a un problema social de difícil abordaje, más todavía si consideramos que las conductas adictivas se presentan en una población vulnerable, como lo es la que atiende el Servicio. La alta complejidad de su sujeto de atención aumenta el riesgo que se consoliden patrones de consumo problemático. A continuación, dos estudios realizados con usuarios, los cuales muestran preocupantes índices de consumo de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes.

### 3.3 Estudio Centro de Buen Trato Universidad Católica

Por otra parte, a comienzos del año 2011, se encargó al Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato de la Universidad Católica, un estudio relativo al diagnóstico en Salud Mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa 24 Horas (usuarios PIE 24 Horas), que entrega algunos resultados interesantes de señalar dado que se orienta a cuantificar y caracterizar el número de niños, niñas y adolescentes que presenten trastornos psiquiátricos o de salud mental y que estén siendo atendidos por proyectos de atención psicosocial de las comunas que participan en el Programa 24 Horas.

De esta manera y, considerando una muestra de 349 casos, se identificaron que los trastornos de mayor relevancia porcentual conforme al diagnóstico realizado por el instrumento de evaluación MINI KIDS<sup>3</sup> son:

- Riesgo de Suicidio 49.9%
- Dependencia de Drogas 46.4%
- Trastorno de la conducta (Disocial) 28.5%
- Trastorno Negativista Desafiante 25.6%
- Dependencia de Alcohol 19.3%

Si sumamos los datos de la Dependencia de Drogas y Dependencia al Alcohol, obtenemos que un 65.7% de los niños, niñas y adolescentes evaluados presentan trastornos de este tipo.

---

<sup>2</sup> Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, SENDA 2015

<sup>3</sup> El Mini Kids es la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica, versión para niños, niñas y adolescentes, que está organizada de acuerdo a las agrupaciones de DSM-IV y CIE 10 para trastornos psiquiátricos





En cuanto a las comorbilidades, entendida como la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de drogas, se puede señalar lo siguiente:

- Las tres principales comorbilidades de la dependencia de alcohol son: dependencia de drogas (73.44%), Riesgo de Suicidio (70.31%) y Trastorno de la Conducta (Disocial) (54.69%).
- Las tres principales comorbilidades de la dependencia y abuso de drogas son: Riesgo de Suicidio (63.27%), Trastorno de la Conducta (Disocial) (56.12%), Dependencia de Alcohol (47.96%).

Las conclusiones que destaca el estudio apuntan que: los datos anteriores demuestran que la alta tasa de riesgo de suicidio en la población evaluada es un riesgo que constituye el porcentaje más alto de trastorno evaluado en el MINIKID, presentándose en la mitad de la muestra (49,9%).

Las comorbilidades más importantes encontradas en el presente estudio vinculan fundamentalmente, los trastornos conductuales, la ingesta de sustancias y el riesgo de suicidio. Independiente de cuál sea la particular asociación entre algunos de estos trastornos, todas ellas significan un aumento en la complejidad y el riesgo de la población evaluada y, resulta aún más alarmante, si se agrega la disminución de factores protectores y de baja de contención desde el contexto familiar y escolar.

#### **IV. OBJETIVOS Y MATRIZ LÓGICA**

##### **4.1 Objetivo General.**

Contribuir a la construcción de un proyecto de vida libre de drogas en los niños, niñas y adolescentes del circuito 24 Horas.

##### **4.2 Objetivos Específicos.**

1. Promover la problematización de las consecuencias del consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas, en niños/as y adolescentes con contrato terapéutico<sup>4</sup>.
2. Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo habitual de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico.
3. Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo problemático de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico.
4. Promover en los niños, niñas y adolescentes atendidos la participación en actividades socio comunitarias que fomenten el uso constructivo del tiempo libre.
5. Promover la generación de nuevas formas de interacción en las familias (o adultos significativos) que favorezcan un proyecto de vida libre de drogas.
6. Desarrollar acciones de coordinación y colaboración permanente con dispositivos de intervención especializada del circuito 24 Horas y/o de la red de atención local especializada.
7. Favorecer la sensibilización de instituciones locales y miembros de la comunidad respecto a la relevancia de una vida libre de drogas.

---

<sup>4</sup> El concepto de Contrato Terapéutico se desarrollará en el punto 6.3 Niveles de la Intervención.



4.3. Matriz Lógica

Objetivo General	Indicadores	Fórmula de Cálculo	Metas	Resultados Esperados	Medios de Verificación
Contribuir a la construcción de un proyecto de vida libre de drogas en los niños, niñas y adolescentes del circuito 24 Horas.	Indicador de Eficacia Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados de PDC, con Plan de Intervención Individual (PII) o Plan de Intervención Unificado (PIU) logrado, que no reingresan en un periodo de 12 meses a programas especializados de la oferta del Servicio.	(Nº de niños, niñas y adolescentes egresados de PDC con PII o PIU logrado en el período t, que no reingresan en un periodo de 12 meses a programas especializados de la oferta del Servicio / Nº de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado en el período t)*100	60%	60% de los niños, niñas y adolescentes egresados no reingresan a programas PDC	Base de dato Sistema informático de Servicio
	Indicador de Eficacia Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados de PDC por cumplimiento de los objetivos del PII o PIU, en el período t.	(Nº de niños, niñas y adolescentes egresados de PDC por cumplimiento de los objetivos del PII o PIU, en el período t / Nº de niños, niñas, y adolescentes egresados de PDC en el período t)*100	75%	75% de los niños, niñas y adolescentes son egresados por cumplimiento de PII	Base de dato Sistema informático de Servicio
Objetivos Específicos	Indicadores	Fórmula de Cálculo	Metas	Resultados Esperados	Medios de Verificación
Brindar tratamiento especializado en consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas a niños/as y adolescentes	Indicador de Proceso Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que aceptan ingresar al programa en el periodo t.	Nº de niños, niñas y adolescentes que aceptan ingresar al programa/ Nº de niños, niñas y adolescentes derivados al programa, en el periodo t) *100	70%	70% de los niños, niñas y adolescentes derivados ingresan al programa	Base de dato Sistema informático de Servicio
	Indicador de Proceso Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que firman contrato terapéutico en el periodo t	Nº de niños, niñas y adolescentes que firman contrato terapéutico/ Nº de niños, niñas y adolescentes que aceptan ingresar al programa en el periodo t) *100	70%	70% de niños, niñas y adolescentes que ingresan al programa forman contrato terapéutico	Base de dato Sistema informático de Servicio (Contrato terapéutico
Promover la problematización de las consecuencias del consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas, en niños/as y adolescentes con contrato terapéutico	Indicador de Proceso Porcentaje de niños/as y adolescentes con contrato terapéutico, que problematizan las consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas, en el periodo t	(Nº niños con contrato terapéutico que problematiza las consecuencias de su consumo/ Nº de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t) *100.	70%	70% de los niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico problematizan las consecuencias de su consumo de alcohol y otras drogas	Carpetas individuales (Reporte problematización del niño/a)



Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo habitual de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que disminuye factores de riesgo para el consumo de alcohol y/u otras drogas, en el periodo t	(N° Niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que disminuye factores de riesgo para el consumo de alcohol y/u otras drogas/ N° Niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t)*100	70%	70% de los niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico disminuye factores de riesgo para el consumo de alcohol y/u otras drogas	Carpetas individuales (Informes de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que modifica sus patrones de consumo de alcohol y/u otras drogas, en el periodo	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que disminuyen la cantidad y/o frecuencia del consumo de alcohol y/u otras drogas/ N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t)*100	70%	70% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico disminuye la cantidad y/o frecuencia del consumo de alcohol y/u otras drogas	Carpetas individuales (Informes de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que interrumpe totalmente el consumo de alcohol y/u otras drogas, en el periodo t	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que interrumpe totalmente el consumo/ N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t) *100	25%	25% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico interrumpe totalmente el consumo de alcohol y/u otras drogas	Carpetas individuales (Informes de egreso, test de drogas)
Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo problemático de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que disminuyen el daño biopsicosocial, en el periodo t.	(N° niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que disminuyen el daño biopsicosocial/ N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t )*100	60%	60% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico disminuyen el daño biopsicosocial	Carpetas individuales (Informes de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que interrumpe el consumo de su droga principal, en el periodo t	N° niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que interrumpe el consumo de su droga principal/ N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t)* 100	60%	60% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico interrumpe el consumo de su droga principal	Carpetas individuales (Informes de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que deja de presentar indicadores suficientes para	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que deja de presentar indicadores suficientes para calificar su consumo como problemático / N° de	40%	40% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico deja de presentar indicadores suficientes para	



	calificar su consumo como problemático, en el periodo t	niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t) *100		calificar su consumo como problemático	
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que interrumpe totalmente el consumo de alcohol y/u otras drogas, en el periodo t	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que interrumpe totalmente el consumo/ N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t) *100	10%	10% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico interrumpe totalmente el consumo de alcohol y/u otras drogas	Carpetas individuales (Informes d egreso, test d drogas)
Promover la participación en actividades socio comunitarias que fomenten el uso constructivo del tiempo libre en los niños, niñas y adolescentes atendidos	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes, que participan en actividades socio comunitarias, en el periodo t.	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que participan en actividades socio comunitarias / N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, el periodo t) *100	60%	60% de niños, niñas y adolescentes, participan en actividades socio comunitarias.	Carpetas individuales (Listas d asistencia, registro d actividades)
Promover la generación de nuevas formas de interacción en las familias (o adultos significativos), que favorezcan un proyecto de vida libre de drogas.	<u>Indicador de Proceso</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, cuyas familias (o adultos significativos) participa del proceso de intervención, en el periodo t.	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, cuyas familias (o adultos significativos), participa del proceso terapéutico/ N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t)*100	60%	60% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, cuyas familias (o adultos significativos) participa del proceso de intervención	Carpetas Individuales (Registro de participación de las familias)
	<u>Indicador de Proceso</u> Porcentaje niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, cuyas familias (o adultos significativos), problematiza las consecuencias del consumo de alcohol y/u otras drogas, en el periodo t.	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, cuyas familias (o adultos significativos) problematiza las consecuencias del consumo de alcohol y/u otras drogas/ N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t)*100	50%	50% de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, cuyas familias (o adultos significativos), problematiza las consecuencias del consumo de alcohol y/u otras drogas	Carpetas Individuales (Registro d problematizac ón de la familias , adultos significativos).
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes, cuyas familias o adultos significativos), experimentan cambios en la interacción familiar que favorecen un proyecto libre de drogas en el periodo t	(N° de niños, niñas o adolescentes con contrato terapéutico cuyas familias (o adultos significativos) que participan de la intervención, experimentan cambios en su interacción que favorecen un proyecto de vida libre de drogas/ N° de niños, niñas y	40%	40% de niños, niñas y adolescentes, cuyas familias o adultos significativos experimentan cambios en la interacción familiar que favorecen un	Carpetas individuales (Informes d egreso)



		adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t)*100		proyecto libre de drogas	
Desarrollar acciones de coordinación y colaboración permanente, con dispositivos de intervención especializada del circuito 24 horas y/o de la red de atención local especializada	<u>Indicador de Calidad</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que son diagnosticados de forma complementaria (DIU), en los casos que corresponda, en el periodo t	(N° de niños, niñas y adolescentes que son diagnosticados de forma complementaria (DIU), en los casos que corresponda/ N° de niños, niñas y adolescentes ingresados al programa, en el periodo t) *100	80%	80% de niños, niñas y adolescentes son diagnosticados de forma complementaria (DIU), en los casos que corresponde	Carpetas Individuales (Informe Diagnóstico)
	<u>Indicador de Calidad</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que son intervenidos en complementariedad con PIE y/o PDE que cuentan con Planes de Intervención Unificados (PIU), en el periodo t	(N° de niños, niñas y adolescentes que son intervenidos en complementariedad con PIE y/o PDE, que cuentan con plan de intervención unificados (PIU)/ N° total de niños, niñas y adolescentes que requieren atención complementaria, en el periodo t)*100	100%	100% de niños, niñas y adolescentes que son intervenidos en complementariedad con PIE y/o PDE cuentan con Planes de Intervención Unificados (PIU)	Carpetas Individuales (Planes de Intervención)
	<u>Indicador de Calidad</u> Porcentaje de asistencia a reuniones de Mesa de Gestión de Casos en el periodo t	(Nº total de asistencias a reuniones de la Mesa de Gestión de casos /Nº total de reuniones de la Mesa de Gestión de casos realizadas, en el periodo t) *100	90%	90% de asistencia a reuniones de Mesa de Gestión de Casos	Listas de asistencia de Mesas de Gestión de Casos.  Acta de todas las Mesas de Gestión de casos realizadas durante el año
	Porcentaje de jornadas de capacitación realizadas al circuito comunal del Programa 24 Horas, en 12 meses	(Nº total de jornadas de capacitación al circuito del Programa 24 Horas /Nº total de capacitaciones planificadas (1) para circuito comunal, en 12 meses) *100	100%	100% de jornadas de capacitación al circuito comunal del Programa 24 Horas realizadas	Lista de asistentes jornadas de capacitación. Programa de actividades de la capacitación Registro fotográfico
	Número de actividades dirigidas a niños, niñas y adolescentes y sus familias, realizadas en conjunto con programas complementarios, en 12 meses	(N° total de actividades dirigidas a niños, niñas y adolescentes y sus familias, realizadas en conjunto por los programas complementarios/N° total de actividades planificadas (1) dirigidas a niños, niñas y sus familias, en 12	100%	100% de actividades dirigidas a niños, niñas y adolescentes y sus familias, realizadas en conjunto con programas complementarios s realizadas	Lista de asistentes.  Programas actividades.  Registro Fotográfico.





		meses)*100			
Favorecer la sensibilización de instituciones locales y miembros de la comunidad, respecto a la relevancia de una vida libre de drogas.	Porcentaje de jornadas de formación realizadas a instituciones locales y miembros de la comunidad, en 12 meses	(Nº total de jornadas de formación realizadas a instituciones locales y miembros de la comunidad/Nº total de jornadas planificadas (1) para instituciones locales y miembros de la comunidad, en 12 meses)*100	100%	100% de jornadas de formación dirigidas a instituciones locales y miembros de la comunidad realizadas	Lista de asistentes a jornadas de formación.  Registro fotográfico

V. ORIENTACIONES TÉCNICAS ESPECÍFICAS

5.1 Sujeto de atención participante del Programa

Como es señalado en la Convención de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, el acceso a la salud es uno de los derechos fundamentales, cuya supresión tiene impacto directo en el bienestar y desarrollo de éstos. Por ello, el sujeto de atención PDC, se define como todos los niños, niñas y adolescentes, preferentemente entre 10 y 17 años, que encontrándose bajo un proceso de intervención o habiendo sido derivados a OPD, PIE, PPF, MST o equipo 24 Horas de salud mental, se encuentran afectados por consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas, que a la vez presenten indicadores de riesgo de agravar o complejizar su consumo.

Los porcentajes correspondientes de derivaciones que recibirá PDC serán los siguientes: PIE 80% y otros proyectos del circuito 24 Horas 20%<sup>5</sup>, distribuido entre OPD, PIE, PPF, MST o equipo 24 Horas de salud mental.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes menores de 12 años, todo consumo, lícito o ilícito, independiente de su cantidad o frecuencia será considerado problemático.

5.1.1 Niveles de consumo que se abordarán en estas orientaciones técnicas:

Consumo problemático:

Según definición de CIE-10 se entenderá como consumo problemático como aquel que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el adolescente o para terceros, en las áreas de: salud, familia, grupo de pares, escuela, seguridad personal y funcionamiento social. Este consumo problemático se manifiesta en dos patrones:

Consumo perjudicial o dependencia: Se comprende el consumo perjudicial como un patrón de consumo de cualquier sustancia psicoactiva que causa daño a la salud de un niño, niña o adolescente. Puede ser físico (ejemplo, hepatitis) o mental (ejemplo, trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que este consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un período de un año.

<sup>5</sup> Los porcentajes pueden variar previa aprobación de supervisor/a técnico/a del proyecto.



El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotrópicas. El manual CIE-10 define la dependencia como conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

El perfil de los sujetos de atención, además de la presencia de un consumo problemático, se caracteriza por, dificultades sociales y/o académicas en la escuela (retraso escolar, fragilidad educativa, ausentismo escolar, deserción, bullying), presencia de problemas psicosociales a nivel comunitario y familiar (alta socialización callejera, consumo de alcohol y/u otras drogas de pares, maltrato, negligencia, escasez de recursos económicos, etc.) Presencia de situaciones de transgresión de normas o faltas, presencia de comorbilidad psiquiátrica.

En relación al consumo problemático de drogas, SENDA lo define como: “Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros (laborales, académicas, familiares, Riesgos de salud o físicos, problemas legales y compromiso en conductas antisociales, problemas sociales o interpersonales).

#### **Consumo Habitual:**

Según SENDA, el consumo habitual: “supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a otras formas de consumo dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están intensificar las sensaciones de placer; pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que denotan consumo habitual:

- La persona amplía las situaciones en las que recurre a las drogas;
- Usa drogas tanto en grupo como solo;
- El usuario conoce sus efectos y los busca;
- Suele comprar la sustancia;
- Como no ha perdido el control sobre su conducta, la persona manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo

El niño, niña y adolescente ha incorporado el consumo de alcohol y/u otras drogas en su rutina, conoce también los precios, las distintas calidades y efectos de éstas. Ha establecido un hábito de consumo, pudiendo ser semanal y además de manera individual o grupal. Esta práctica puede conducirlos a otro tipo de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia, características personales y su contexto medioambiental.

#### **Factores de riesgo.**



Se definen como aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. En términos simples se pueden definir como aquellas situaciones, conductas o elementos de las personas y el contexto que hacen más probable el consumo (SENDA 2016).

Individual	Familiar	Comunitario
Baja autoestima	Desinterés por la educación y formación de los hijos.	Leyes y normas favorables hacia el uso de drogas.
Dificultad para tomar decisiones.	Clima familiar agresivo.	Disponibilidad de drogas
Dificultad para expresar emociones	Historia familiar de alcoholismo o dependencia a algún tipo de drogas.	Fracaso escolar.
Sensación temprana de rechazo de sus iguales.	Conducta de automedicación en los padres y fomento de una actitud de valoración hacia la “solución química” que ofrecen los fármacos.	Baja percepción social de riesgo
Atender la presión social de uso de drogas.	Disciplina permisiva o ausencia de normas claras de funcionamiento familiar, junto con sanciones inconsistentes.	Ausencia de soportes institucionales.
Falta de metas y proyecto de vida	Falta de vínculo afectivo con los hijos.	Desorganización comunitaria.
Habilidades sociales bajas, ej. asertividad y la empatía.	Pertenencia a grupos familiares que trafican drogas, y/o consumen y abusan de ellas, o bien realizan otras actividades calificadas como antisociales.	
Baja percepción de riesgo y/o creencias positivas sobre el consumo de drogas.		
Temprana iniciación al consumo de drogas y escasas alternativas de uso positivo del tiempo libre.		



### **Características que constituyen el perfil de los sujetos de atención del proyecto**

Los sujetos de atención de la modalidad PDC, corresponde a niños, niñas y adolescentes que en su mayoría ha sido gravemente vulnerados en sus derechos, asociadas a malos tratos, negligencia y abandono, y/o han presentado transgresiones a la norma. Estos han sido derivados desde los proyectos PIE principalmente.

La población corresponde en gran medida, al sexo masculino, presentan alrededor de 16 años, en cuanto al grupo familiar viven con uno o ambos padres o en su defecto con su familia extensa (SENAME, Universidad Alberto Hurtado, 2015).

Sobre las situaciones de vulneración presentes en sus historias de vida, comienza a manifestarse en el niño, niña o adolescente, dinámicas familiares violentas, validándose la violencia como forma de relación; también presentan conductas transgresoras, ya sea durante la adolescencia temprana o tardía, esta etapa está asociada a su vez a una mayor autonomía del sujeto respecto de las familias y escuelas como agentes socializadores, iniciando aquí, por lo general, el consumo de drogas.

En relación con el área escolar, la mayoría de los niños, niñas o adolescentes, presentan inasistencias prolongadas al establecimiento educacional, presentan fragilidad educativa, o se encuentran desescolarizados, presentando alto rezago escolar, interacción conflictiva con el colegio y con sus pares, lo que finalmente detona la salida del colegio.

Se ha observado, además, a partir de las trayectorias de ingresos de niños y niñas a la red de protección, la presencia de algunos indicadores que permitirían predecir mayores posibilidades de reingreso a la red de atención de protección y de justicia juvenil. Estos indicadores señalan que, a menor edad de un primer ingreso a la red de atención ambulatoria, a mayor número de ingresos y a mayor presencia de primer ingreso a la red residencial, las posibilidades de reingresos aumentan. A la vez las familias han tenido resultados insatisfactorios en sus procesos, lo que repercute en desconfianza en la ayuda psicosocial que puedan recibir. Esta información resulta relevante al momento de definir los objetivos de intervención y diseñar las estrategias de atención para cada caso, entendiendo, no obstante, que dichas situaciones históricas no podrán ser modificadas por la intervención, pero son un antecedente relevante al momento de su planificación.

### **Características de las familias que participan en el proyecto**

En relación con las características mencionadas, la familia se constituye como un eje central dentro de la intervención con los niños, niñas y adolescentes. Considerando el contexto adverso en el cual se desenvuelven, se van presentando diversas problemáticas a nivel familiar, que en la mayoría de las situaciones se relacionan con las competencias parentales, principalmente en las funciones nutricias, socializadoras y educativas. Por otro lado, al producirse una escisión en las funciones nutricias y normativa, ésta última resulta ser inconsistente y habitualmente marcada por malos tratos o violencia y desprovista de una dimensión afectiva; al mismo tiempo, la función nutricia se ejerce de manera desproporcionada, y por tanto desprovista de límites.

De acuerdo con la literatura existente sobre familias en contextos vulnerables, éstas han sido consideradas de diferentes maneras, como, por ejemplo: familias multi-estresadas, familias en contexto adversos o familias fragilizadas. Sin embargo, todas ellas



constituyen características similares que son relevantes de considerar al momento de planificar la intervención y priorizar focos de intervención.

En cuanto a las características sociodemográficas de estas familias, se encuentran contextos de riesgo (desempleo, bajo nivel de estudios, situaciones de violencia, entre otros), la estructura familiar es principalmente monoparental, con niveles de estudio básicos, su composición familiar es variada, sus hogares son más bien pequeños, saturados y en algunos casos se evidencia el hacinamiento (Pérez, 2014).

En este tipo de familias es donde se desarrollan crisis recurrentes, que presentan en su mayoría la cronificación de situaciones, las cuales se entrelazan con condiciones adversas del contexto, la falta de apoyo y de recursos. Por otro lado, la dinámica familiar se muestra desorganizada, presentando una estructura caótica y una comunicación desorganizada, presentándose conflictos sobre los roles que desempeña cada miembro, visualizándose límites difusos (Gómez, Muñoz y Haz, 2007)

Frente a lo expuesto, el contexto territorial en el cual estas familias se encuentran es adverso, lo que produce efectos directos e indirectos que potencian o cronifican ciertas situaciones donde el territorio se torna un factor relevante ya que, direcciona la intervención, otorgando la posibilidad de visualizar de mejor manera los focos interventivos en los cuales tanto, los factores protectores de las familias como los de riesgo son necesarios para su planificación.

## 5.2 Vías de ingreso<sup>6</sup>

Se considera como vías de ingreso, las derivaciones de un niño, niña o adolescente que requiera de atención especializada en el ámbito del consumo de alcohol y/u otras drogas, realizadas preferentemente por los Programas de Intervención Especializada (PIE) 24 horas (80%), y luego por otros proyectos de la red 24 horas (20%)<sup>7</sup>, específicamente Oficinas de Protección de Derechos (OPD), Programa de Prevención Focalizada (PPF)<sup>8</sup>, Terapia Multisistémica (MST)<sup>9</sup>, y Salud Mental del Programa 24 Horas de la comuna.

Se espera que siempre el ingreso sea preferente de niños, niñas y adolescentes que provengan del PSI 24 Horas de Carabineros.

## 5.3 Cobertura y focalización territorial

El proyecto realizará atención especializada a niños, niñas o adolescentes que se ajusten al perfil del sujeto de atención y deberá instalarse en el territorio que se indicará en el anexo respectivo del proceso concursal que se elabore para esos efectos por el Servicio, donde se detallará la cobertura y focalización territorial requerida acorde a las necesidades de la oferta programática licitada.

<sup>6</sup> De acuerdo a lo establecido en el Memo 128 de fecha 14 de diciembre de 2021 en su numeral quinto. Para mayor información revisar anexos.

<sup>7</sup> Este porcentaje podrá ser modificado en función de un análisis de la situación del proyecto y, especialmente, de las necesidades de los usuarios del circuito 24 horas. No obstante, debe ser autorizado por el/la supervisor técnico.

<sup>8</sup> Se recuerda que solo pueden derivar a PDC aquellos PPF que son parte del circuito 24 Horas.

<sup>9</sup> Los Equipos de Detección Temprana (EDT) o quién los reemplace NO podrán derivar directamente a PDC, puesto que el modelo está diseñado para trabajar en complementariedad con un equipo psicosocial





No obstante, lo anterior, si existieren razones de caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditadas, dada la situación y/o dispersión geográfica en algunas regiones, podrían incluirse excepcionalmente atenciones para niños, niñas y adolescentes, debiendo informar a las autoridades del Servicio y a los Tribunales correspondientes, a fin de adoptar las acciones procedentes.

A los aspectos ya considerados en la localización, es necesario agregar que el proyecto contemple lo siguiente:

- Que el proyecto esté ubicado en un territorio de fácil acceso para usuarios/as y congruente con la necesidad de reparación.
- Que cuente con accesibilidad a los servicios necesarios para los niños, niñas y adolescentes que atiende. Para ello, el programa debe considerar en su ubicación, la proximidad de servicios sociales como educación, salud, policías, recreación u otros requeridos.

#### **5.4 Modelos específicos de intervención para la modalidad**

Los modelos que se presentan a continuación son la base en donde se fundamenta el trabajo que realizan los equipos y sirvan de guía en la elaboración de los procesos interventivos.

##### **Modelo Transteórico del Cambio.**

El Modelo Transteórico del Cambio se constituye en un paradigma válido para explicar el fenómeno de cambio en el ser humano. Surge primeramente en el campo del abuso de sustancias, específicamente en el área de tratamientos a personas con dependencias a drogas. Sin embargo, estudios que se han venido desarrollando desde hace varios años atrás, han mostrado su aporte, no solo al tratamiento del abuso del consumo de alcohol y/u otras drogas, sino que también, en el ámbito de la salud mental y de temáticas psicosociales que afectan a diversas poblaciones (Paréntesis, 2012).

Decimos que el aporte (en términos de paradigma) es muy interesante, puesto que supone que las personas no cambian linealmente, y siempre mejorando. El Modelo ofrece la posibilidad de concebir el cambio mediante un esquema espiral, en donde los seres humanos en su camino a una meta presentan altos y bajos, discontinuidades, retrocesos, de los cuales pueden volver a ponerse de pie con renovadas fuerzas. Esto se fortalecería con un adecuado soporte profesional.

Este Modelo está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio (Paréntesis, 2012). Esto es lo que permitiría planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional (Prochaska, 1996).

El Modelo Transteórico del Cambio se hace cargo concretamente de la respuesta a la pregunta ¿qué es lo que hace cambiar a una persona? Los psicólogos canadienses Prochaska y DiClemente (1982), intentan responder esta interrogante y realizan una serie de estudios para comprender cómo y por qué cambian las personas, llegando a la conclusión de que se presentaban ciertas constantes en los procesos de cambio que efectuaban los individuos, por sí mismos, o, en contextos terapéuticos; a estas constantes las denominaron etapas del cambio.



Dichas etapas son: Pre-Contemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento, Recaída y Finalización. Dentro de este enfoque, la motivación se puede comprender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno influido por varios factores externos (Miller, W. 1999 y Paréntesis 2012). El aporte de este modelo es que reconoce que el cambio es un proceso y que parte de este son las recaídas, las cuales no son significadas como fracasos sino como una acción esperable. Otro elemento positivo, es que la identificación de la etapa del cambio en el cual se encuentre una persona ayuda a utilizar las estrategias de intervención adecuadas para el proceso que está viviendo el individuo en ese momento.

<b>Etapas</b>	<b>Objetivo</b>
Pre Contemplación	Promover conflicto interno y mover a la reflexión respecto de las consecuencias de la conducta problema. Es probable que el paciente concorra por constrictión externa (orden judicial, familiares, etc.), manifestando negación del problema y sin considerar realmente el cambio.
Contemplación	Desequilibrar el balance de decisión a favor de la conducta saludable, romper ambivalencia, evocar razones para la conducta saludable y riesgos de la no saludable. La persona reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios.
Preparación	Facilitar la acción e incrementar la autoeficacia. En esta etapa la persona se encuentra lista para la actuación, habiendo dado algunos pasos en pos del objetivo
Acción	Se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio. Evaluación de aspectos a favor que se asocian con las nuevas conductas puestas en práctica
Mantenimiento	Identificar y prevenir situaciones de recaída. El propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.

La motivación para el cambio se refiere a las razones que tiene una persona para abandonar una conducta problema y a la fuerza que pone en el intento. Esta motivación queda reflejada en este modelo mediante los constructos del balance decisional y autoeficacia.

El **Balance Decisional** es el peso relativo entre los pros y contras de cambiar la conducta, que cada individuo asigna en su proceso de toma de conciencia. El modelo predice que para los individuos en la etapa de precontemplación.

La **Autoeficacia** son los juicios y creencias que posee una persona sobre sus capacidades para ejecutar con éxito una determinada tarea y, por tanto, dirige el curso de su acción. Ayuda a enfrentar diferentes situaciones difíciles, sin tener recaídas. Por tanto, es positivo para afrontar las diversas situaciones problemáticas que se pueden presentar durante el proceso de cambio y es positivo para mantener la conducta deseada. El



modelo predice que la autoeficacia aumentará a medida que los individuos se muevan a través de las etapas de cambio.

En este modelo, la motivación para el cambio es algo abordable y trabajable en el proceso de intervención por el interventor o terapeuta y no una condición previa para iniciar un tratamiento. “Desde esta perspectiva, para un terapeuta no es adecuado culpar al paciente de no estar motivado para el cambio, de igual manera que un dependiente no puede culpar a un cliente de que no esté motivado para comprar. La motivación es una parte central e inherente a las tareas de un profesional” (Miller, W. 1999, p.25).

### **Entrevista Motivacional.**

La entrevista motivacional surgió en el ámbito sanitario en programas de tratamiento para personas con consumo abusivo de alcohol y/u otras drogas. Su propósito es aumentar la motivación intrínseca de las personas para que el cambio surja desde ellas. Se trata de una forma concreta de ayuda para que las personas reconozcan y se encarguen de sus problemas presentes y potenciales. Es una manera de conversar que se puede utilizar con personas que se encuentren ambivalentes respecto de la posibilidad de cambios, ya que ayuda a resolverlas. “Para algunas personas, esto es todo lo que realmente necesitan. Una vez que se desbloquean, dejan la inmovilización de los conflictos motivacionales y recuperan las habilidades y recursos que necesitan con el fin de llevar a cabo un cambio duradero” (Miller, W. 1999, p. 51).

Según sus autores (Rollnick y Miller, 1996), la entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el cliente, a fin de provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal.

El rol que asume el terapeuta o interventor no es autoritario, ni de experto que tiene que decirles a las personas lo que tienen que hacer en sus vidas. Por el contrario, la responsabilidad del cambio radica en las personas y tiene los siguientes principios de intervención (Paréntesis, 2012):

- Expresar empatía mediante la escucha activa
- Desarrollar la discrepancia entre las metas o valores de la persona y su comportamiento actual.
- Apoyar la Auto-eficacia. Creer en la posibilidad de que el cambio es posible y la persona es la responsable de esta decisión.

Las estrategias de la Entrevista Motivacional (Parks, 2009), están orientadas a promover una conversación orientada al cambio, a través de:

- Respaldar a la persona.
- La Escucha Reflexiva.
- El Resumen.

Es importante evocar el concepto de espíritu de la entrevista motivacional (Rollnick y Miller, 1996) a través de siete principios, que son al mismo tiempo síntesis y fundamentos del modelo:



1. La motivación al cambio parte del usuario y no se impone. El equipo psicosocial, concentra sus esfuerzos en identificar y sacar los valores y metas intrínsecas del usuario para estimular el cambio de comportamiento.
2. Es tarea del usuario, articular su propia ambivalencia. El equipo psicosocial facilita la expresión de la postura ambivalente y guía al niño, niña o adolescente, hacia una resolución que le conduzca al cambio.
3. La persuasión directa no es un método efectivo de resolver la ambivalencia. Es tentador intentar “ayudar” convenciendo al usuario de la urgencia del problema y de la necesidad del cambio, diciéndole lo que debe hacer. Según los autores, está claro que tales tácticas aumentan por lo general la resistencia y reducen la probabilidad de cambio (Miller, Benefield y Toningan, 1993)
4. El estilo de los profesionales/técnicos del equipo, suele ser tranquilo y evocador. La persuasión directa, el enfrentamiento agresivo y la discusión son los conceptos opuestos a la entrevista motivacional. Las estrategias más agresivas, guiadas a menudo por el deseo de “enfrentar a la negativa del usuario”, suele caer fácilmente en forzar a los usuarios a realizar cambios para los que aún no están preparados.
5. El equipo da la directriz que ayuda al usuario a examinar y resolver la ambivalencia. Las estrategias específicas de la entrevista motivacional se diseñan para provocar, aclarar y resolver la ambivalencia en una atmósfera de asistencia respetuosa y centrada en el usuario.
6. La disponibilidad al cambio no es un rasgo del usuario sino una fluctuación, producto de una interacción personal. Por tanto, está muy atento e interesado en los signos de motivación del usuario. La resistencia del usuario/a es a menudo una señal de que se está asumiendo más disponibilidad de cambio que la que hay en realidad, e indica que el equipo necesita modificar las estrategias motivacionales.
7. La relación con el equipo psicosocial se parece más a la de una asociación o compañerismo que a la de un experto/receptor.

El equipo psicosocial, en el caso de las presentes Orientaciones Técnicas, en su relación con los usuarios debe tener presentes características relacionales que son relevantes para incrementar la motivación al cambio. Por ejemplo, debe intentar en todo momento comprender el marco de referencia de los usuarios especialmente mediante una escucha reflexiva y libre de prejuicios. Así también acepta intrínsecamente al otro y se asegura que la resistencia no viene generada por adelantarse al usuario.

En síntesis, de acuerdo con lo señalado, la entrevista motivacional es una herramienta útil para trabajar con personas que no están del todo convencidas o nada convencidas de llevar a cabo procesos de cambio. Por tanto, puede ser una estrategia especialmente útil para el trabajo con niños, niñas, adolescentes y familias que ingresan al Programa, para favorecer la adherencia, porque presentan resistencias a recibir ayuda.

Lo relevante en relación con otras miradas, es que el modelo transteórico del cambio y la entrevista motivacional incorporan la motivación a dicho cambio como parte del proceso de intervención, y no como un requisito previo. Además, le otorga un rol activo al interventor psicosocial en la motivación al cambio, pero el cambio propiamente tal es responsabilidad de las personas. La entrevista motivacional emplea ciertas técnicas, en las cuales se pueden entrenar los interventores interesados en utilizarlas.



### **Modelo Cognitivo Conductual.**

Los enfoques cognitivos conductuales combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento de explicar cómo se instauran las conductas en las personas. Al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y la cognitiva, integra los factores internos y externos de un sujeto (Battle Villa, 2008). A esto último, el teórico Aaron Beck añade un componente ligado a las cogniciones, afirmando que las personas no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (Beck, 1979).

Desde esta perspectiva, los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. En otras palabras, los esquemas son construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte de cada individuo.

En el modelo conductual toma relevancia la conducta individual observable, así como los factores medioambientales que pueden precipitar y/o mantener un comportamiento determinado. Así, cobran relevancia las explicaciones que nos entrega el condicionamiento clásico (Pavlov), el condicionamiento operante (Skinner), el aprendizaje observacional (Bandura). Por su parte, bajo el modelo cognitivo, se afirma que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones, y aprendiendo de sus propias respuestas (Battle Villa, 2008). A la base de todo comportamiento están los pensamientos y creencias que permiten a un individuo interpretar la realidad y en definitiva construirla. Dicho en otras palabras, la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976).

Beck, distingue dos tipos de creencias: las centrales y periféricas. Las creencias centrales se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo. Representan el nivel cognitivo más profundo, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Mientras tanto, las creencias periféricas: Son influidas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre éstas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones (o supuestos). Por lo tanto, influyen en la forma de ver la situación, y esa visión influye en cómo se siente, actúa o piensa un individuo (del Pozo & Iarurgui- Castillo, 2008).

La intervención desde este modelo pone énfasis en los efectos de las creencias negativas en el sentido adaptativo y las actitudes del sujeto en relación con la conducta actual. La meta del tratamiento es desarrollar una nueva estructura o modificar la estructura existente haciéndola más adaptable (Battle Villa, 2008). Para el logro de esto último, durante los procesos interventivos toma relevancia el concepto de autoeficacia (Bandura, 1984), entendida como un elemento clave que media entre el conocimiento, las habilidades objetivas y la acción. DiClemente, Fairhurst y Piotrowski (1995) distinguen cinco tipos de autoeficacia:





Clase de autoeficacia		
Autoeficacia de afrontamiento		Capacidad para el afrontamiento eficaz de situaciones que inciten a mostrar un comportamiento que se busca erradicar
Autoeficacia centrada en el tratamiento		Capacidad para llevar a cabo las estrategias relevantes para la intervención, como son la autoobservación o el control de estímulos
Autoeficacia de recuperación		Se refiere a la capacidad de recuperarse de un desliz recaída
Autoeficacia de control		Capacidad para controlar la conducta y creer que uno es eficiente en ello
Autoeficacia para la abstinencia		Capacidad para abstenerse de la conducta que se desea abandonar

El aumento de la percepción de autoeficacia (DiClemente, 1995) impacta favorablemente en las percepciones, opiniones y premisas respecto de sí mismo, incidiendo en la creencia de control que una persona presenta al momento de abordar conductas y comportamientos que se desean modificar o directamente abandonar.

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y mantiene por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y operante. La conducta de abuso sería el resultado de patrones aprendidos en la vida de la persona dependiente, por lo que es posible cambiar esos comportamientos y reaprender otros (del Pozo & Iarugui-Castillo, 2008).

El enfoque cognitivo conductual tiene la premisa de que los trastornos adictivos se mantienen por las atribuciones de significado y creencias básicas acerca del valor de todo lo que rodea al consumo de drogas. Por lo tanto, el profesional que realiza la intervención debe explorar estos supuestos y buscar nuevos supuestos alternativos más adaptativos y saludables. En breves palabras, el objetivo de este acercamiento es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control de una persona acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción (Beck, 1993).

La terapia cognitiva conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas (NIDA, 2016)

**Modelo Estratégico Breve.**

El modelo Estratégico Breve representa una revolución en el campo de la psicoterapia a través de una efectiva y rápida solución de los problemas presentados por los consultantes, demostrando que, aunque si bien los problemas y el sufrimiento humano



pueden ser extremadamente persistentes y complicados, no necesariamente requieren soluciones igualmente complicadas y prolongadas en el tiempo (Haley, J. 1981). La teoría general de sistemas y la incipiente teoría de la comunicación humana son sus fundamentos. Su aproximación al fenómeno humano es eminentemente constructivista, en el entendido que los seres humanos son activos participantes en su elaboración del mundo donde viven, a través de sus sucesivas interpretaciones de éste (Watzlawick, 2000).

Según Jay Haley (1981), una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta.

Bajo la perspectiva sistémica, se entiende que el comportamiento humano ocurre inseparablemente de su contexto, no es posible aislar conductas sin comprenderlas con elementos provenientes del entorno (Nardone, 2005). Se reconoce el hecho de que los seres humanos otorgamos significado a la experiencia y las creencias que tenemos del mundo de alguna forma lo moldean (Erickson, M, 1967).

El acercamiento estratégico breve se interesa por lo tanto en el modelo de mundo que una persona ha construido, indagando con auténtico interés en las premisas e idiosincrasia que subyacen a la conducta de los individuos. Utiliza estratégicamente todos sus hallazgos en pos de lograr un cambio que aparezca beneficioso para los consultantes, respecto de los problemas que los aquejan. Técnicamente, lo que se intenciona es detectar las pautas que mantienen los problemas, alterándolas mediante maniobras conductuales, de tal forma que esas pautas se debiliten, dando paso a nuevas pautas, más saludables y ecológicas que las anteriores. Esto último se sustenta en el supuesto de que las personas siempre toman su mejor alternativa en un contexto dado (Fisch, J., Weakland, J. y Watzlawick, P., 1992), una confianza básica en que las personas podemos cambiar para mejor, utilizando todo el repertorio de conductas saludables que tenemos e incluso creando nuevas pautas relacionales y conductuales.

Por ello, aquel que interviene bajo esta premisa, intenta mediante la escucha activa, unir aptitudes de la persona al contexto problema, en una muestra de confianza en la naturaleza humana, llena de recursos potenciales y capacidad creativa. Lo que se busca entonces, a través de un tratamiento hecho a la medida de cada individuo, es ampliar el repertorio conductual y de respuesta, para colaborar en que una persona alcance una resolución de sus problemas y acceda a estados de mayor bienestar (De Shazer, 1982) El fundamento teórico que prevalece es que el cambio es constante e inevitable (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989), por lo tanto los problemas también están siempre cambiando y lo único que eventualmente no cambia son las formas de interpretar una situación (Lipchik, 2002).

La modificación de las pautas que mantienen los problemas fue la principal motivación de los primeros estadios de la terapia estratégica breve. Ese foco fue cambiando en la medida que el modelo ganaba adeptos y se añadían nuevos elementos. Fue así como hubo una tendencia paulatina a enfocarse, en lugar de problemas, hacia las soluciones. Esto sustentado en la premisa de que centrarse en los problemas implicaba centrarse en debilidades y defectos de las personas, mientras que enfocarse en soluciones traía a la



mano un universo basado en los recursos y éxitos de estas. De este modo comienzan a desarrollarse las aproximaciones centradas en la solución, rescatando prácticas exitosas del pasado de un individuo y a través de diversas técnicas creando soluciones utilizando todos los recursos latentes en cada consultante.

La orientación hacia objetivos es clave bajo la luz de este enfoque. Estos siguen los lineamientos de los objetivos SMART<sup>10</sup>, los cuales deben ser acotados, medibles, alcanzables, realistas y ajustados a un plazo determinado:

Metas específicas	Defina qué problema específico se ha de mejorar.
Metas mensurables	Cuantifique y sugiera cómo se realizará y medirá el progreso.
Metas realizables	Sugiera los resultados que están dentro de la capacidad del niño y contróleos para terminar.
Metas realistas	Establezca los resultados que pueden lograrse de manera realista, dado los recursos disponibles.
Metas con límite de tiempo	Especifique cuando se pueden alcanzar los resultados.

El equipo psicosocial invita al consultante a explicitar lo que desea siga ocurriendo en su vida al mismo tiempo que imagine su vida una vez que el proceso se encuentre concluido, proyectando de esta forma cambios en su vida que se darán durante la relación terapéutica. En esta misma línea, los enfoques orientados a la solución cuentan con algunas técnicas particulares:

Estrategias	
Reencuadre	El interventor ofrece puntos de vista alternativos respecto de experiencias, conductas y sentimientos de un individuo. Estas nuevas perspectivas tienen siempre un matiz positivo, relevando recursos, esfuerzos y anhelos de quien se encuentra ejecutando los cambios en su vida.
Construir soluciones	La ayuda del interventor se centra en ayudar a un otro a elaborar soluciones que puedan ponerse en práctica. Se busca capitalizar las estrategias de éxito en el pasado y cualquier meta que una persona tenga se considera un buen punto de partida para pensar en conjunto acciones remediales a los problemas.
Excepciones	Conversación que busca los momentos en la rutina cuando no se presentan los problemas que se están abordando. Las excepciones hechas a propósitos y

<sup>10</sup> SMART, por sus siglas en inglés, Specific, Measurable, Atainable, Realistic, Time related. El recuadro resumen fue extraído del Manual de Capacitación del Participante, material entregado en el marco de la Capacitación “Programa de Asesoramiento sobre drogas del Plan de Colombo Plan de Estudios del Tratamiento para niños con trastornos por consumo de sustancias”, realizado por la Oficina de Asuntos Internacionales y de Aplicación de la Ley en materia de Narcóticos, Departamento de Estrado de los Estados Unidos (por sus siglas en Inglés INL) realizado en Brasil en Diciembre de 2016l, donde SENAME fue invitado a participar



	las involuntarias, pero llevadas a cabo por las mismas personas.
Elogios y tareas	Reconocimiento de los esfuerzos por ensayar conductas alternativas en la cotidianeidad. Énfasis en lo que ha dado resultado. Las tareas son el plan de tratamiento en acción, deben ser lógicas y razonables y deben tener sentido para quien las ejecuta.
Orientación micrologros	Valoración en lo pequeños cambios positivos que se concreten en la vida de las personas, con la idea de que estos producirán cambios mayores. Por ello, los objetivos se definen siempre en términos de que sean alcanzables y verificables, fortaleciendo la percepción de autoeficacia de las personas.

Para Mark Beyebach (2005), los objetivos bien formados presentan características específicas, que incrementan la motivación y se orientan directamente a la construcción de patrones saludables y constructivos de comportamiento:

- Relevante para los sujetos de atención.
- Descritos en términos conductuales.
- Pequeños y alcanzables.
- Descritos como “empezar algo” más que “terminar algo/dejar algo”.
- Descritos como “presencia de algo” en vez de “ausencia de algo”.
- Descritos en su contexto interaccional. Percepción de que para alcanzarlos se requiere de un esfuerzo voluntario.

Por otro lado, para los modelos orientados a las soluciones el adecuado abordaje sobre episodios de recaída es vital, atendiendo al hecho de que ésta puede producirse en cualquier momento de la intervención. Significa una alerta para los terapeutas y la necesidad de tener una postura frente a su aparición.

Desde esta perspectiva teórica, la recaída da a entender que hubo un progreso antes de su ocurrencia. Por ello, el foco está puesto en todas aquellas actividades, medidas y acciones realizadas por las personas que les permitieron tener un período de tiempo sin presentar el problema que se desea erradicar. El terapeuta asume una posición activa para conocer cuáles fueron las variables que permitieron poner fin a la recaída, cuáles inciden en que no se haya presentado una nueva recaída y qué iniciativas se está llevando a cabo para recuperarse de ésta.

**Modelo de Ocupación Humana.**

El Modelo de Ocupación Humana cuenta con los siguientes marcos teóricos de referencia como fundamento: ecología humana, teoría general de sistemas, psicología cognitiva y psicología humanista. El modelo considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales), elaboran la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional (Kielhofner, 2006). En términos operativos, el fin de la terapia ocupacional es proporcionar y/o facilitar un cambio en la vida de una persona, de modo que facilite la adaptación a sus circunstancias personales y contextuales. Por contrapartida a



elementos externos, el modelo define tres subsistemas internos: Volición, habituación y capacidad de desempeño.

Subsistema interno	
Volición	Implica un proceso continuo de elección conciente, que se asocia a procesos cognitivos, tales como valores, creencias, pensamientos y significados otorgados a los comportamientos. Es la necesidad o motivación para participar en ocupaciones.
Habituación	Proporciona una organización interna a las personas, a través de los hábitos y roles sociales. Es decir, tendencias adquiridas para responder a estímulos, asociadas a maneras de ser, actitudes y comportamientos que se mantienen en el tiempo.
Capacidad de desempeño	Capacidad para realizar actividades, en relación con habilidades perceptivo-motrices, procesales y de comunicación. Esta habilidad para hacer, para concretar ideas impacta en un nivel subjetivo en el individuo, así como tiene un efecto concreto en el ambiente externo.

Por otra parte, es importante mencionar que la disfunción ocupacional puede estar ligada a incapacidad o dependencia en cierto ámbito de la vida, incompetencia o ineficacia. Un período disfuncional puede definirse como aquel que no satisface las demandas y expectativas sociales, alterando de este modo el proceso interno y abandonando la realización de ocupaciones. Por ello, un aporte central de la intervención desde este modelo es precisamente identificar puntos fuertes y débiles de los distintos elementos de la ocupación (entorno, sistema interno, interacción entre ambos) evaluando cada componente del sistema. Desde ese diagnóstico inicial el terapeuta ocupacional ayuda al individuo a producir el cambio más adaptativo a su situación y circunstancias, orientado hacia el progreso.

Cabe destacar que la única herramienta que los terapeutas tienen a su disposición es, modificar ciertas características del ambiente que influyen en las personas, para precipitar un cambio en el sistema humano. Los cambios en las destrezas (capacidad de desempeño) son el primer movimiento intencionado desde la terapia. Las nuevas prácticas ensayadas impactan en la creación de nuevos hábitos, asumir nuevos roles, comportarse de manera diferente y en definitiva resignificar la experiencia de vida (aspectos volitivos). Por lo tanto, el supuesto es que cambios producidos a nivel conductual irán repercutiendo en cambios de creencias, valores y sentidos otorgados a la propia vida.





De este modo, el sistema se auto-organiza, encontrando en el mejor de los casos el contexto junto a las formas ocupacionales una combinación que puede conformar una armonía.

**Terapia Familiar Funcional.**

La Terapia Familiar Funcional es un tipo de terapia familiar sistémica desarrollada para familias de niños, niñas o adolescentes con problemas de consumo de drogas, problemas de conducta y delincuencia juvenil que ha demostrado evidencia de efectividad (Waldron & Turner, 2008). Se ha implementado en 11 países del mundo, siendo Chile el único país de habla hispana. Su operar y efectividad está basada en la evidencia y ha formado a más de 1500 terapeutas y atiende entre 25.000 y 30.000 familias por año a nivel mundial (Tierra de Esperanza, 2013). Su trabajo se encuentra enfocado en ofrecer ayuda terapéutica a familias con miembros de entre 12 y 19 años que presentan problemas con el abuso de sustancias. Pensado para intervenciones entre 3 y 6 meses, se orienta hacia las fortalezas de los grupos familiares y se pone en una relación de colaboración que busca alcanzar cambios que ayuden a los sistemas intervenidos a funcionar de una manera más adaptativa y productiva. Sus objetivos pueden resumirse en cuatro pilares (Waldron, 2013):

Pilares de la intervención
Promover cambios en las relaciones a largo plazo.
Mejorar eficacia familiar en distintos escenarios.
Reducir comportamientos problemáticos en los niños, niñas y adolescentes y las familias.
Incrementar uso productivo del tiempo en los adolescentes.

La problemática del abuso de sustancias se comprende como un problema que tiene el grupo familiar en su conjunto, desmarcándose de esta manera de enfoques que lo significaban como un problema individual. Es decir, su unidad de análisis son las múltiples relaciones que se dan al interior de las familias atendidas. Su manera de intervenir se vale de una técnica central: el reencuadre. Esta técnica implementada por los terapeutas se basa en ofrecer una atribución, interpretación o nuevo significado para los comportamientos. Otros acercamientos estratégicos giran en torno al:

- Entrenamiento de la comunicación interna entre miembros de la familia.
- Habilidades para resolver problemas.
- Promover actividades familiares realizadas en forma colectiva.
- Manejo de contingencias.
- Habilidades para rechazar el consumo de drogas.
- Acompañamiento en la toma de decisiones. Prevención de recaídas.

Como se mencionó, si bien los adolescentes son los que presentan un problema con el abuso de sustancias, el trabajo se realiza con la participación, en lo ideal, de todo el grupo familiar. Se considera sus marcos de referencia y particularidades, ofreciendo un espacio de trabajo donde ellos puedan lograr cambios alcanzables y adaptativos según sus propias circunstancias y contextos. Desde esta perspectiva, los problemas (síntomas) reflejan la manera en que los miembros de una familia han llegado a ser en respuesta a los factores de riesgo, estresores e historia de vida. La confianza está puesta en que las



familias pueden reorganizarse y encontrar nuevas maneras (mejores) de reaccionar con un acompañamiento terapéutico adecuado.

Se postula a que el proceso de cambio se desarrolla en fases, distinguiéndose como las principales una primera etapa de vinculación con los usuarios. Fundamentalmente el interventor va teniendo acceso al modelo de mundo, y a las múltiples relaciones del sistema intervenido al mismo tiempo que despliega conversaciones y procesos motivacionales. En seguida, se está en condiciones de promover cambios en los patrones de conducta problemáticos que aquejan a la familia (aun cuando el síntoma lo presente sólo un miembro). Los cambios que se gatillan producto de los acercamientos estratégicos implementados buscan ser generalizados a otras áreas de la vida, sobre todo alentando la participación en otros sistemas de la comunidad.

Para la efectividad del tratamiento, desempeña un rol central la figura del terapeuta. Es muy importante para el modelo que éste cuente con habilidades relacionales, ser asertivo, empático, tener capacidad para planificar, tomar decisiones y conocer las técnicas específicas del modelo. Además de esto es importante que tenga conocimiento de los factores de riesgo y protección del abuso de sustancias en adolescentes.

### **Niveles de la Intervención**

La intervención con todos los niños, niñas y adolescentes que ingresan al proyecto de tratamiento de consumo de alcohol y/o drogas, en todos los niveles de intervención, debe considerar las características individuales de cada participante, sus historias, necesidades, para que las intervenciones sean pertinentes a su situación y contexto. Así, para que la intervención sea exitosa, cada participante requiere de un Plan de Intervención Individual (PII), en los casos en que excepcionalmente PDC sea el único proyecto que se encuentre interviniendo y Plan de Intervención Unificado (PIU), cuando se encuentre interviniendo en conjunto con otros proyectos y deberá ser elaborado de manera coordinada entre quienes intervienen.

Se consideran dos perfiles en el tratamiento del consumo de alcohol y/u otras drogas, el habitual y el problemático, a partir de esto se desarrollarán rutas diferenciadas para la intervención de cada caso. Por ejemplo, en los casos que presenten consumo habitual, se utilizarán rutas más acotadas en cuanto a intensidad y frecuencia de las intervenciones, en cambio en el consumo problemático la intervención se realizará con mayor intensidad en la frecuencia, principalmente de la primera etapa de la intervención, elaborando cada intervención como un “traje a la medida”.

Es importante mencionar que cuando los niños, niñas y adolescentes aceptan ser intervenidos, se realiza el Contrato Terapéutico. Éste se ejecuta cuando se elabora el Plan de Intervención y se aplicará a los niños, niñas y adolescentes cuando asisten a un proceso terapéutico, en la cual hay una decisión personal y responsable para participar de dicho proceso, donde se comprometen ambas partes (terapeuta y usuario) a seguir una rutina de sesiones, informando a la familia de este procedimiento.



## **5.5. Orientaciones generales sobre las fases a considerar en la intervención. Fases de la intervención.**

### **Nivel Personal, con el niño, niña o adolescente.**

La intervención de la modalidad PDC, realiza un aporte específico al tratamiento de consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas, dentro de un marco integral de protección de derechos. Así mismo, realiza una contribución con el objetivo que persigue: “Contribuir a la construcción de un proyecto de vida libre de drogas en los niños, niñas y adolescentes” en este nivel surge el propósito de ofrecer una atención multiespecializada en el abordaje del tratamiento del consumo de alcohol y/u otras drogas a niños, niñas y adolescentes, en el marco de un trabajo complementario con las modalidades intervinientes en cada caso. Este debe ser realizado tomando en cuenta las individualidades de cada caso y enmarcadas por el contexto familiar y social en donde se desarrolla el niño, niña o adolescente, desarrollando una intervención individualizada, “un traje a la medida”. Las intervenciones además deberán observar la etapa y tipo de consumo que presenta para orientar la intervención y las necesidades de cada caso. Es así como, un consumo habitual podría tener una intervención de menor intensidad o una frecuencia distinta para abordarlo que un consumo problemático.

La intervención al nivel personal propone orientar el trabajo con los niños niñas o adolescentes, al desarrollo de un proyecto de vida libre de drogas, específicamente a través del levantamiento de rutinas saludables, foco central en el abordaje. Los equipos que se encuentren a cargo de la intervención son quienes, a través del establecimiento de una relación cercana, auténtica y significativa para el joven, promueven cambios en la dinámica de consumo y consolidan los cambios favorables que vayan surgiendo en el proceso. El equipo interventor destaca y trae a la mano en forma permanente actitudes, destrezas y hábitos que favorezcan el establecimiento de rutinas saludables.

A través de técnicas de la entrevista motivacional, es importante desarrollar y reforzar la motivación y dar solidez al compromiso de una persona a cambiar.

Desde una mirada de enfoque de derechos, los técnicos y profesionales de PDC invitan a los usuarios a avanzar en el tratamiento, co-creando una realidad donde las fortalezas y la resiliencia son elementos fundamentales para dejar atrás un consumo problemático que afecta gravemente la salud integral de los usuarios del programa. El marco teórico que propone el Modelo Transteórico del Cambio sustenta el trabajo de los Técnicos en Rehabilitación, pues ofrece la idea de que el avance hacia una vida sin drogas no está exento de recaídas y retrocesos. Por ello, a través de un acompañamiento individual se espera un abordaje por parte del equipo que vaya subrayando los pequeños logros y alienta a seguir adelante. La prescripción y prevención de recaídas, desde este punto de vista, se plantean como estrategias válidas y útiles a la hora de promover disponibilidad para el cambio.

Básicamente, la intervención individual deberá sostenerse sobre cinco pilares:

- Brindar tratamiento para el consumo de alcohol y/u otras drogas, a través de cambios favorables en el patrón de consumo respecto del cual un niño, niña o adolescente ingresó a tratamiento.



- Favorecer el desarrollo y mantenimiento de un estilo de vida saludable, a través de la consolidación de una rutina que permita el desarrollo integral de todas las potencialidades de los niños, niñas y adolescentes.
- Lograr el ascenso a través de los estadios motivacionales, a fin de que los sujetos de atención perciban el consumo de drogas como un problema y co-construir acciones que les permita la co-elaboración de un proyecto de vida libre de drogas.
- Construir un vínculo relacional basado en la confianza, empático y activador, donde el equipo psicosocial, tiene la suficiente validación como para incidir en cambios de conducta que se encuentran ligados al consumo problemático de drogas.
- Favorecer la participación de los niños, niñas o adolescentes en la comunidad para incentivar un estilo de vida libre de drogas.

En otras palabras, el aporte que hace el Programa en su trabajo complementario con otros dispositivos no solo se dirige a promover un proyecto de vida libre de drogas, sino que también ampliar el abanico de posibilidades en términos de actividades que traigan a la experiencia de los niños, niñas y adolescentes, oportunidades para el despliegue de talentos y sentidos de vida constructivos, basados en el respeto de sí mismo y hacia los demás; aportando en esta intervención la restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en un marco integral de protección.

Si bien el énfasis por parte del equipo en su conjunto y específicamente del técnico en rehabilitación está puesto en la generación de un vínculo singular e individual con cada usuario, no se descarta que metodológicamente se escoja una modalidad grupal de trabajo. Se espera que, si el equipo decide implementar esta metodología, genere criterios para su constitución, de modo que favorezca procesos individuales y potencie la sinergia grupal. Cabe mencionar que la modalidad grupal de trabajo debe considerar ciertos criterios que presentan los usuarios, como: tipo de consumo, etapa del proceso en la que se encuentra, particularidades individuales de los usuarios, tipo perfil de consumo. Es importante tomar resguardo, para que la intervención grupal no sea contraproducente. Esta información además de tener un amplio sustento teórico también ha sido recogida de la experiencia de los equipos en el desarrollo de grupos.

De este modo, se podrá seguir trabajando en espacios personales contenidos y vivencias experimentadas en espacios grupales, instancia donde podrán desarrollarse conductas de empatía, habilidades interaccionales, aspectos que en general guardan relación con la convivencia y estar con otros.

En el nivel individual, los miembros del equipo integrado por el Técnico en Rehabilitación, Psiquiatra, Psicólogo/a y Terapeuta Ocupacional son quienes se encuentran directamente vinculados con la intervención para el tratamiento del consumo de drogas. Para favorecer este proceso, se espera que el/la psicólogo/a sea quien coordine los procesos de intervención individual, integrando las miradas desde cada disciplina, obteniendo como resultado un trabajo complementario, no solo como proyecto, sino que también como circuito.

Cabe destacar que, según los modelos teóricos planteados en esta Orientación Técnica, más que estar orientada la intervención a las causas de la adicción, el tratamiento se enfoca en el presente y futuro de los niños, niñas, adolescentes atendidos y sus familias. Siendo el Programa de Intervención Especializada -PIE el encargado de abordar la resignificación de la vulneración de derechos y las prácticas transgresoras.



Por eso, además de revisar comportamientos que llevaron al patrón adictivo, la atención está puesta en crear nuevos comportamientos más adaptativos y saludables o también evocar comportamientos que alguna vez dieron resultado (fueron funcionales en el pasado). Por ello, el proyecto se orienta en crear un proyecto de vida libre de drogas.

En términos esquemáticos, y siguiendo la conceptualización definida por el Modelo Transteórico del cambio, es posible comprender el tratamiento en dos grandes etapas. En la primera mitad, está fuertemente implicado el técnico en rehabilitación en coordinación con el Psicólogo a cargo del caso. Mientras que, en la segunda fase de intervención, es decisiva la integración del terapeuta ocupacional a la dupla que ya se encuentra interviniendo. Para efectos prácticos, ambas etapas tienen asociadas estrategias, acciones y énfasis, como se muestra a continuación. Dependiendo de las características y necesidades de cada caso, se decide quien desarrolla un mayor protagonismo en la intervención, adecuando el proceso al niño, niña o adolescente.

#### Énfasis en la primera mitad del tratamiento (etapas pre-contemplación y contemplación).

- Entrevista Motivacional (con sus principios conversacionales, así como con sus diferentes técnicas: reflejar, reestructuración, resumen y preguntas específicas).
- Evaluar la necesidad de realizar desintoxicación ambulatoria/residencial. Se espera que el psiquiatra evalúe aspectos relativos a eventuales trastornos de salud mental, así como también mida la pertinencia de diseñar un esquema farmacológico<sup>11</sup>.
- Manejo de contingencias.
- Conocer en detalle la(s) pauta(s) que sostienen la adicción (tipo de droga, cantidad, frecuencia, edad de inicio, ventanas de abstinencia, contexto donde ocurre el consumo, etc)
- Problematicación (balance decisional, aumentar niveles de autoeficacia). Trabajo sobre la ambivalencia.
- Plantear objetivos preliminares muy acotados, en la lógica de los micrologos.
- Elaborar mapa de creencias. (Todo aquello en lo que las personas creen, son mapas internos que le dan sentido al mundo, que se construyen y generalizan a través de la experiencia).

#### Énfasis en la segunda mitad del tratamiento (etapas de preparación, acción y mantenimiento).

- Se sugiere la intervención terapéutica considerando los enfoques sugeridos en esta fase, debido a la posibilidad que brinda, para ir subiendo en la espiral de estadio motivacional. Trabajo sobre creencias centrales relacionadas con el control, reemplazan a creencias centrales relacionadas al comportamiento adictivo.
- Utilización de estrategias para debilitar pautas que sostienen el abuso problemático. Fomentar el desarrollo de habilidades para rechazar ofertas que alientan el consumo de drogas. Apoyo para la identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias realistas para afrontarlas. Deshabitación.

<sup>11</sup> En este punto MINSAL (2013) acota que el tratamiento farmacológico puede resultar efectivo para intervenir los trastornos por consumo de sustancias, aunque no es requerido en todos los casos. El tratamiento farmacológico debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados.





- Levantamiento y mantenimiento de una rutina saludable, participando de actividades socio-comunitarias, que incrementen capacidades de desempeño de los niños, niñas, adolescentes atendidos y se constituyan como hábitos cotidianos.
- Incrementar uso constructivo del tiempo libre en los adolescentes.
- Co-construir junto a los niños, niñas y adolescentes, estrategias para prevención de recaídas.

Además, cabe mencionar que, deberá visualizarse la oferta de hospitalización psiquiátrica de corta estadía, de acuerdo a la disponibilidad de oferta a nivel comunal, regional y/o nacional.

#### **Nivel familiar**

En este nivel la intervención debe estar orientada de manera prioritaria a promover la responsabilización y empoderamiento de la familia como co-garante y figura protectora. Cobra particular relevancia la promoción de una participación activa de los adultos de la familia, o adultos significativos, en quienes se rescaten sus fortalezas y apoyar en el desarrollo de estrategias para que no sólo acompañen el proceso del niño, niña o adolescente, sino también tengan un rol activo facilitando y promoviendo la construcción de un proyecto libre de drogas.

Para el tratamiento del consumo de alcohol y/u otras drogas, la participación de la familia es vital. En el transcurso de las Mesas Técnicas de la modalidad en el año 2016, los equipos de intervención fueron enfáticos en este punto. Al comprender a la familia como la encargada de satisfacer las necesidades biológicas y afectivas de sus miembros, influye en el desarrollo integral de todos sus integrantes y también prepara la inserción de éstos en la cultura, socializando, modelando, promoviendo premisas, valores y modos de actuar que se van consolidando con el tiempo.

Ahora bien, desde una visión sistémica, la interacción significativa entre subsistemas invita a pensar que un cambio en la forma de relacionarse podría comenzar por cualquier integrante, incidiendo en la atmósfera colectiva en donde ésta se desenvuelve, promoviendo cambios en los demás integrantes. Se busca, por tanto, comprender a la familia como un sistema integral y dinámico con sus miembros en permanente y mutua influencia, así como en el contexto donde se desenvuelve (Bernaes, S. 2012).

Por ello, el hecho de que uno de sus miembros presente un problema de consumo de drogas no implica que únicamente la intervención se oriente hacia ese miembro, por el contrario, el síntoma de uno de sus integrantes forma parte del sistema global, y es precisamente éste el que potencialmente tiene las soluciones al problema que le aqueja. Bajo esta perspectiva, en el tratamiento del consumo de sustancias, el sistema familiar es visto como un recurso más que como un obstáculo. Desde ahí la necesidad de incluirlo en el tratamiento, visibilizándola como un aliado, pues cuenta con información valiosa de los niños, niñas y adolescentes que presentan consumo de alcohol y/u otras drogas, conocen sus debilidades y fortalezas, y en definitiva desean lo mejor para ellos.

En consecuencia, la finalidad de los equipos psicosociales es facilitar la co-participación de la familia en la generación de cambios favorables y beneficiosos para todos sus integrantes. Para este efecto, es muy importante conocer la historia particular del grupo familiar, su idiosincrasia. Al conocer sus historias familiares y el contexto en que se



enmarca, se incrementarán las probabilidades de promover cambios en los patrones de relación actuales que aparecen perjudiciales y obstaculizadores de un desarrollo integral de todos sus miembros. Y al modificar las relaciones internas y el modo de abordar los problemas, estaremos impactando también en las pautas interaccionales que mantienen el consumo de drogas en algunos de sus miembros.

El equipo asume un rol de facilitador para la participación activa de las familias en la búsqueda de soluciones en torno al consumo de drogas, empoderando al sistema para generar estrategias de cambio.

El adolescente que inicia un consumo de drogas que deriva en un consumo habitual o problemático, hace pensar que ha desarrollado un proceso de incompleta "individuación-relacional", es decir, una insuficiente diferenciación individual y una inadecuada capacidad de mantener dicha diferenciación al interactuar en los grupos en los cuales participa, lo que constituiría un factor de enorme riesgo de adherirse a conductas "patológicas" que ellos presenten (Rees y col, 2003). Por otra parte, esto mismo se constituye en una muestra de la escasa autonomía que respecto del sistema familiar ha logrado el adolescente y, recíprocamente, los padres respecto de él. El consumo de drogas, y sus problemas asociados, favorece y aun estimula la mantención de la escasa autonomía, ya que la familia desalienta la emancipación del adolescente, culpabilizando al consumo de la droga como causa de este fracaso, distrayéndose así la mirada respecto de la disfuncionalidad en la que la totalidad de la familia está inmersa (Rees y col., 2003).

Teniendo a la familia como un aliado, el trabajo con ellas debiese orientarse hacia tres áreas fundamentales:

- Mejorar eficacia familiar en el manejo de contingencias relativas a episodios de consumo.
- Abordar junto a la familia estrategias para colaborar en la prevención de recaídas.
- Colaborar en el desarrollo de nuevas formas de interacción que mejoren el funcionamiento familiar y apoyen un estilo de vida libre de drogas.

Desde la óptica de la Terapia Familiar Funcional (Waldron, 2013), mejorar la eficacia familiar en distintos escenarios, desarrollar habilidades para resolver problemas, favorecer estilos comunicacionales sanos, se constituyen en pilares para levantar conversaciones transformadoras. La generación de novedad traería aparejado una reorganización del grupo familiar y con ésta un eventual impacto positivo en la conducta que se busca erradicar: el uso y abuso de sustancias.

Con el objetivo de que la familia asuma un rol activo en la resolución del problema de consumo de drogas de uno de sus miembros y mejore sus relaciones interpersonales en general es posible definir estrategias transversales que servirán de plataforma para construir los planes de intervención.

- Labores de psicoeducación en relación con el campo de abuso de sustancias (tipos de drogas, consecuencias, abordajes, rol fundamental de la familia en los tratamientos, revisar creencias familiares respecto de las drogas).
- Reforzar estrategias más eficaces de resolución de problemas dentro de la familia (cohesión relacional).



- Favorecer la generación de actividades que incidan positivamente en el patrón de consumo. Es importante que en estas iniciativas se vea incluido todo el grupo familiar (colectivo), acompañando o facilitando la participación de los niños, niñas y adolescentes en espacios que vayan haciendo incompatible el patrón de consumo abusivo.
- Apoyo y contención emocional al grupo familiar y adultos significativos.
- Realización de sucesivos reencuadres, ofreciendo nuevas perspectivas a las familias que deben tener siempre un matiz positivo respecto de experiencias y conductas, relevando recursos, esfuerzos y anhelos activos en ellas (reestructuración positiva).

### **Nivel socio-comunitario**

Desde un enfoque ecológico se comprende que los niños, niñas y adolescentes y sus familias se encuentran insertos en un contexto socio-comunitario que es importante considerar en la intervención del Programa 24 Horas en su conjunto y específicamente la modalidad

La visibilización del entorno local y la inclusión de éste en los planes de tratamiento resultan vitales a la hora de proyectar intervenciones que sean sustentables en el tiempo, en el entendido que el soporte brindado por el equipo PDC es limitado en el tiempo. Por ello, el foco está puesto en dejar capacidad instalada, potencialidades en desarrollo y modificación de patrones conductuales que traigan a la mano cambios mayores.

El trabajo socio-comunitario que se vislumbra para el Programa básicamente puede ser esquematizado en tres ejes de trabajo. A saber, trabajo complementario con otros dispositivos del Programa 24 Horas, trabajo interrelacionado con la red socio-comunitaria local y la identificación de co-garantes de derecho<sup>12</sup>.

El trabajo coordinado y colaborativo con otros dispositivos del circuito 24 Horas tiene un carácter cotidiano; sin embargo, alcanza un punto ilustrativo en la co-construcción de Planes de Intervención Unificados (PIU), instrumento donde quedan explicitados los objetivos comunes y los aportes de las distintas disciplinas que se encuentran participando en cada caso particular. Un PIU requiere un diagnóstico integral y conversado, una síntesis de éste y las principales actividades y resultados esperados de acuerdo con los objetivos comunes consensuados.

Así también, es muy importante la participación constante y activa en el espacio de Mesa de Gestión de Casos (MGC), entendida como un espacio de trabajo donde los distintos equipos que componen el Programa 24 Horas tienen la oportunidad de reflexionar e introducir mejoras en su operar. La MGC, a través de sucesivos encuentros incrementa su capacidad de gestionar casos complejos que tensionan al sistema, se autocapacita en temáticas transversales y genera protocolos de trabajo que expliciten sus acuerdos y permitan que los que lleguen comprendan los avances logrados.

---

<sup>12</sup> El énfasis está dado por el carácter barrial de la intervención. En la guía de trabajo AUGE para el tratamiento de drogas de adolescentes se especifica que "El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes, particularmente en condiciones de vulnerabilidad social, debe incluir con mayor énfasis el abordaje del contexto del adolescente, sus condiciones sociales y comunitarias, la búsqueda del fortalecimiento de los factores protectores y las redes de apoyo. Para esto es fundamental que la mayor parte de las intervenciones sean realizadas en los contextos de vida del joven, fuera de box" (MINSAL 2013)



Por otra parte, resulta indispensable que el Programa 24 Horas en su conjunto y el Programa en particular, entre en contacto con las redes socio-comunitarias y socio-sanitarias locales, con la finalidad de levantar un trabajo sinérgico. Por un lado, generar un circuito de derivación viable para la población atendida, pero también ofrecer a las redes su conocimiento respecto del uso y tratamiento de sustancias. En esta línea, se espera que se realicen instancias de sensibilización y/o capacitación, dirigidas a Organismos y Organizaciones de base locales, entregando información relativa al consumo de drogas y su tratamiento. En este sentido, cabe mencionar que los equipos podrán realizar actividades dirigidas a la comunidad con el fin de entregar información, para que ésta misma tenga las herramientas que ayude a visualizar los focos y a detectar señales de alerta de consumo.

De manera complementaria, la identificación de co-garantes de derechos permite a los niños y niñas contar con una red de adultos protectores en sus entornos, atentos y activos en la protección de sus derechos. El trabajo con co-garantes debe ser en función del motivo de ingreso y grado de compromiso con sustancias adictivas. Estas personas pueden ser personas de la familia extensa como abuelos/abuelas, tíos/tías, hermanos/hermanas mayores, padrinos, madrinan entre otros, o bien recursos de la comunidad como profesores/as, Asistentes Sociales de Consultorios que conozcan el caso, vecinos/as, dirigentes sociales, y también adultos significativos en espacios en los cuales participa el niño/a (scout, iglesia, clubes deportivos entre otros).

De este modo, en su trabajo con otros, los equipos PDC deben generar todas las condiciones necesarias para favorecer la complementariedad, evitar la sobreintervención y conectar con todos los recursos comunales existentes. En forma resumida, los pilares para desarrollar su labor especializada en este nivel son:

- Contribuir a la sustentabilidad de los cambios logrados en el tratamiento, por medio del conocimiento, vínculo colaborativo y eficiente utilización de los soportes socio-sanitarios y socio-comunitarios locales.
- Lograr complementariedad con los equipos especializados del circuito 24 Horas en cada comuna, a través una permanente coordinación, diseño y ejecución de Planes de Intervención Unificados y participación en la Mesa de Gestión de Casos.
- Identificación y participación de otros co-garantes de derecho durante y/o posterior al tratamiento para el consumo problemático de drogas.
- Compartir con la comunidad y el circuito 24 Horas de la comuna su saber experto en el campo del consumo de sustancias, sensibilizando y entregando elementos técnicos para una oportuna detección y derivación a redes que ofrezcan tratamientos o bien de prevención.

Para el logro de estos objetivos, los equipos de intervención, en lo práctico, intencionarán un acompañamiento para favorecer la inclusión de los niños, niñas y adolescentes y sus familias atendidas en actividades socio-comunitarias, que se encuentren operativas a nivel local. Por otra parte, el equipo PDC deberá realizar dos actividades durante el año donde pueda entregar información relevante a otros componentes y disciplinas del Programa 24 Horas respecto del consumo de sustancias, detección precoz y conceptos claves para su abordaje.

En último término, y como se mencionó anteriormente, el contacto y facilitación del acceso a soportes socio-sanitarios territoriales resulta vital, pues ayuda



significativamente a que los cambios logrados durante el tratamiento se generalicen a otras áreas de la vida de los sujetos de atención, al alentar la participación en otros sistemas de la comunidad. De este modo, el Programa se ve como una instancia que contribuye a la interrupción del consumo habitual o problemático (con una intervención acotada en el tiempo), pero es la sociedad en su conjunto la responsable de garantizar que los niños, niñas y adolescentes mantengan en el tiempo una vida libre de cualquier tipo de droga.

### **5.6 Fases de la Intervención.**

Para cada uno de los niveles antes mencionados, se visualizan 4 grandes fases para el desarrollo del tratamiento para el abuso de sustancias: derivación e ingreso, evaluación diagnóstica, desarrollo plan de intervención y plan de sustentabilidad.

Para efectos de diferenciar los niveles de intervención, distinguiendo el consumo habitual de alcohol y/u otras drogas del consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, se indicarán propuestas de acciones mínimas en estas fases (derivación e ingreso, evaluación diagnóstica, desarrollo plan de intervención, plan de sustentabilidad).

Si bien cada fase cuenta con sus propósitos particulares y acciones mínimas, se debe tener en cuenta que existen temáticas transversales a todas ellas, como por ejemplo la necesidad de realizar un trabajo coordinado con los otros actores intervinientes, en la lógica del apoyo mutuo y la consecución de objetivos comunes en beneficio y orientados al bienestar de los niños, niñas, adolescentes y sus familias atendidas.

Además, y considerando las características de la población atendida, el consumo puede ser una situación más de la diversidad de situaciones de vulneración de derechos que viven los sujetos de atención. Por ello, el proceso previo para ingresar a tratamiento debe contemplar la problematización respecto de cómo el consumo afecta en lo concreto y cotidiano los intereses e inquietudes del niño, niña y adolescente. El consumo de sustancias psicoactivas será visualizado como un problema en la medida que el/la sujeto tenga otras oportunidades y viva experiencia nuevas como enganche para abordar el consumo, las que finalmente lleven a evaluar el consumo de drogas como una situación que dificulta las metas y logros en el proceso de cambio e inserción social intencionados como Programa 24 Horas en su conjunto.

Por tanto, un aspecto clave para el desarrollo de los procesos de intervención, será contar con niveles de compromiso básicos por parte del niño/a o adolescente y sus referentes significativos (familia u otros). Para ello será necesario poder co-construir con el niño/a o adolescente la definición del problema de atención, lo que implica la identificación conjunta de aspectos en los que el consumo de drogas se ha vuelto un problema. En este punto, la problematización del consumo de drogas desde el/la usuario/a, resulta clave como punto de partida para el diseño de los procesos de intervención, y con toda probabilidad será un aspecto del proceso de atención sobre el que deberá volverse una y otra vez.

Del mismo modo, aun cuando la motivación pudiera ser considerada una etapa en la intervención, es al mismo tiempo un eje transversal que deberá ser trabajado a lo largo de toda la intervención clínica de drogas, puesto que dadas las características de la adolescencia, la motivación es un proceso fluctuante que requiere ser trabajado con





estrategias adecuadas a esta etapa, principalmente considerando la importancia del grupo de pares en su funcionamiento socio-relacional y las características cognitivas y afectivas propias de esta etapa del ciclo evolutivo.

La motivación y voluntad de cambio cruzan todas las fases que se describirán a continuación. Así como la generación de un clima de confianza y un vínculo terapéutico honesto y promotor de cambios.

**Fase de Derivación e Ingreso**

Esta etapa contempla la acogida, el encuadre y despeje de perfil para ingreso

**Tiempo Estimado: 1 mes.**

Propósitos
Explicitar al niño, niña o adolescente y a la familia que el PDC es un componente del Programa 24 Horas, que brinda atención Integral y dar a conocer los objetivos del dispositivo.
Revisar con la familia, motivo de ingreso.
Despejar que la derivación corresponda al perfil de atención del proyecto
Tomar contacto con niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Identificar, al menos de manera preliminar al/los adulto/s responsables con los cuales se trabajará durante la intervención.
Motivar a que el niño, niña o adolescente y su familia acepte la intervención, significando al programa como un espacio de ayuda. Para lo cual puede ayudar el utilizar estrategias o técnicas de la entrevista motivacional.
Ingreso a Sistema informático del Servicio -SIS, si corresponde perfil. Si proviene del PSI 24 Horas de Carabineros deberá quedar consignado en la paramétrica correspondiente en Sistema informático del Servicio -SIS.
Informar a instancia derivadora del ingreso a PIE. Si no corresponde perfil informar y explicar a familia y derivador.

Para el logro de un expedito proceso de derivación de casos, se solicitará en el marco del trabajo coordinado y complementario con los otros proyectos, la elaboración del protocolo de derivación, flujograma de derivación y atención que establezca plazos y la atención que brinde cada equipo, con el fin de dar cuenta del trabajo coordinado que beneficie una intervención integral al niño/a y/o adolescente.

**Acciones mínimas consumo habitual o consumo problemático:**

1. Recibir y revisar los antecedentes del caso desde el equipo derivante, debe ser el Director/a del proyecto quien realice esta acción.
2. Posterior a esta recepción de antecedentes, se debe llevar a cabo una reunión de equipo para revisar los antecedentes.
3. Realizar reunión presencial para el análisis de caso con el equipo derivante.



- 4. Realizar visita domiciliaria junto con ente derivante, presentarse como un equipo. Se sugiere poner especial atención a las resistencias en la comunicación, entre el niño, niña o adolescente y los encargados de realizar los primeros acercamientos con éste, con el fin de facilitar la posterior intervención.
- 5. Reunir la mayor cantidad de información respecto de las conductas asociadas al patrón de consumo, que permita a PDC discernir respecto al avance a la próxima etapa de evaluación diagnóstica (información de niño/a, adolescente y/o adulto responsable). Esta información puede ser recabada también en una sesión con el ente derivante.
- 6. Promover activamente la incorporación desde el inicio de figuras masculinas al proceso, de modo de no recargar a las figuras femeninas (madres, abuelas), que suelen ser sujetos de atención de los programas psico-sociales. Evitando así reproducir los estereotipos de género que ubican la responsabilidad de la crianza en las madres o quien la sustituya.

**Ingreso a Proyecto:** tras verificarse el primer contacto y encuadre con el niño, niña y sus familias, se debe subir el caso a Sistema informático del Servicio- SIS. Confirmara al ente derivante el ingreso del niño, niña o adolescente al proyecto.

**Fase de Profundización Diagnóstica**

**Tiempo estimado: 2 meses.**

Esta fase abarca principalmente dos dimensiones. Por un lado, tomar la mayor cantidad de antecedentes posibles para la realización de un análisis situacional completo de los niños, niñas, adolescentes y sus familias que ingresaron a la modalidad PDC. Mientras que, por otro, construir un vínculo relacional que favorezca la motivación y adherencia al proceso. En este sentido, resulta muy importante generar un clima de confianza y comprensión, en vistas de entregar información oportuna, compartir inquietudes, aclarar expectativas y detectar las motivaciones en todos los sujetos de atención.

En la misma línea se deben tomar todas las medidas necesarias para que a lo largo de los sucesivos contactos, las distintas disciplinas intervinientes logren un trabajo lo suficientemente coordinado como para que los usuarios los visibilicen como un cuerpo cohesionado. Una visión de conjunto del Programa 24 Horas.

Propósitos
Elaborar y ejecutar junto con equipo derivante un plan para efectuar la evaluación diagnóstica (acciones, tiempos, quiénes serán los participantes, etc.).
Realizar un diagnóstico en profundidad respecto del consumo de alcohol y/u otras drogas, sin perder de vista síntomas relacionados con comorbilidad psiquiátrica.
Efectuar una evaluación de las capacidades/competencias/habilidades de los adultos a cargo para ejercer un rol responsable de cuidado y protección, a través de un instrumento. El cual también tendrá que ser aplicado postintervención.
Realizar una evaluación, a través de instrumentos en el nivel personal y socio-comunitario que aporten información relevante para el diagnóstico y posterior diseño del plan de intervención. Los cuales tendrán que ser aplicados también, al culminar la intervención.



Co-construir un motivo de consulta o demanda de ayuda consensuado con los niños, niñas y adolescentes y sus familias, considerando un vínculo relacional que favorezca la motivación y adherencia al proceso.
Elaborar y establecer medidas de urgencia, si fuese necesario.

Se espera que las disciplinas intervinientes, previamente a recoger su información especializada, planifiquen el proceso de evaluación diagnóstica. En un encuentro presencial tomarán acuerdos relativos a los tiempos que se destinarán a desplegar la secuencia de acciones diseñadas, definir cuáles serán las actividades conjuntas y tener un conocimiento cabal respecto de lo que cada compañero de equipo estará observando a lo largo del proceso.

Como corolario de este encuentro, y tras el primer análisis situacional colectivo, se deben confirmar las disciplinas que participarán en el desarrollo de la planificación. Esto en el entendido que no necesariamente los mismos que participaron de esta instancia continuarán en la profundización diagnóstica que sigue. Cuando esta decisión de pertinencia técnica esté tomada, se sugiere realizar un encuadre con los niños, niñas y sus familias, para dejar en claro cuál será el grupo de trabajo que se encontrará acompañándolos durante esta primera fase.

Tras este encuentro técnico, se espera que desde el equipo PDC definan y desarrollen estrategias de sensibilización, problematización y motivación para el tratamiento.

Teniendo esto en consideración, PDC inicia sus acciones específicas, ya compartidas y comprometidas con los demás equipos interventores. Aplicación de instrumentos de tamizaje, sesiones de entrevista y exploración respecto de las variables que rodean al patrón de consumo. En su Guía Clínica Auge<sup>13</sup> para el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y/u otras drogas en personas menores de 20 años, MINSAL sugiere algunos tests de uso público y gratuito que pueden ser utilizados para evaluar el consumo de drogas. Algunos de ellos son:

TEST	Nº ITEM S	DESARROLLADORE S	TIEMPO APLICACIO N
POSIT	139	NIDA <sup>14</sup>	30 min.
CRAFFT	6	Knight, JR.	5 min.
DAP	30	Schwartz, R.	10 min.
AUDIT	10	Sanders et col.	5 min.
ADIS	12	Moberg, P.	5 min.
AAIS	14	Moberg, P.	5 min.

Fuente:  
MINSAL 2013

<sup>13</sup> Documento publicado en el año 2013, entrega orientaciones técnicas y conceptuales relativas al consumo perjudicial y dependiente de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años.

<sup>14</sup> National Institute on Drug Abuse, organismo gubernamental de los Estados Unidos.



En la medida que se van desarrollando las acciones específicas de la modalidad y se recoge la información relacionada con su experticia, se espera que se realice en la mitad de esta fase un análisis de caso intermedio. Esto se refiere a que, durante esta fase de la intervención, en que cada disciplina estará observando a través de sus propios lentes, resulta relevante que a mitad del proceso se intencione una reunión presencial para intercambiar puntos de vista e información relevante en relación con los sujetos de atención. Esto a fin de corregir el rumbo si fuera necesario, levantar nuevas acciones y continuar con una planificación que permita altos grados de coordinación y evitar cualquier sombra de sobreintervención. Cabe señalar que, de acuerdo con lo mencionado por profesionales de Senda en entrevistas, sugieren la utilización de un instrumento que permite realizar una evaluación del proceso que permita continuar con las estrategias de intervención o reorientar la intervención.

Tras el análisis de caso intermedio, el Programa continua con el cumplimiento de sus compromisos y acciones específicas orientadas a evaluar variables clínicas y psicosociales asociadas al consumo problemático de drogas. Se sugiere considerar también la aplicación de la pauta de "Compromiso Biopsicosocial", (Ver Anexo "Instrumentos para el Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Drogas" SENDA). Es importante subrayar que todas estas acciones están encaminadas a determinar si el niño/a o adolescente cumple con los criterios diagnósticos para su ingreso a tratamiento para el abuso de sustancias.

Acciones mínimas consumo habitual o consumo problemático:

1. Reunirse con equipo derivador a planificar la manera en que se llevará a cabo esta fase.
2. Establecer contacto con niños, niñas y adolescentes con sus familias con el fin de reencuadrar los objetivos planificados para la intervención.
3. Establecimiento de un clima de confianza y colaboración, en el cual los niños, niñas, adolescentes y sus familias participen activamente, superando el rol pasivo de meros informantes. Interesa conocer la opinión y los significados que le otorgan los sujetos a sus vivencias.
4. Aplicación de instrumentos que permitan discriminar el tipo de consumo que presenta el niño, niña o adolescente, para determinar si es sujeto de atención del proyecto (habitual o problemático).
5. Realizar visitas domiciliarias.
6. Incluir otros co-garantes de derecho que eventualmente puedan ser integrados al proceso de intervención.
7. Realizar sesiones de intervención en las dependencias del proyecto.
8. Evaluación Psiquiátrica a todos los niños ingresados al proyecto.
9. Evaluación del Terapeuta Ocupacional a todos los niños ingresados al proyecto.
10. Derivación a instancias de salud, cuando el caso lo amerite (atención primaria, secundaria y eventualmente terciaria). Para ello los niños, niñas y adolescentes se encuentren vinculados a la red de salud de la comuna.
11. Comenzar a comprender y delinear los aspectos principales que se relacionan y sostienen el patrón de consumo problemático.
12. Análisis de caso intermedio, a fin de intercambiar información indispensable y realizar correcciones si fuese necesario.
13. Construcción de informe conjunto de evaluación diagnóstica.



La finalización de esta etapa está marcada por la construcción del informe de evaluación diagnóstica. Este informe lo realizan todas las disciplinas participantes y contiene la información recabada y que resulta relevante para el abordaje de cada caso en particular. Aquí, el principal propósito será el establecimiento de focos para la intervención acordados en conjunto con los niños, niñas, adolescentes y sus familias. El informe de evaluación diagnóstica debe considerar al menos:

1. Identificación de los usuarios.
2. Antecedentes Generales. Características que rodean a los niños y niñas sujetos de atención. Experiencias de vulneración de derechos sufridas, etapa evolutiva, antecedentes mórbidos, contexto territorial, historia familiar.
3. Detección de necesidades e intereses expresados por los niños, niñas y sus familias, incluyendo en todo momento la opinión de los usuarios/as respecto del consumo de drogas y el tratamiento de éste.
4. Nivel de autonomía e individuación logrado por los niños y niñas, en función de su grupo de pares y figuras significativas.
5. Considerar la opinión de los niños, niñas y adolescentes y sus familias, respecto de la problematización del consumo de alcohol y/u otras drogas.
6. Genograma participativo entre niño, niña o adolescente y familia. Información estructural y funcional de la familia y la interacción que ésta tiene con los agentes comunitarios potenciales que se encuentran a su alrededor. Identificación de vínculos y soportes afectivos, calidad de las relaciones.
7. Ecomapa participativo entre niño, niña o adolescente y familia. Detección y catastro de redes locales con las que potencialmente cuenta la familia.
8. Lograr que todas las disciplinas se sientan representadas en las principales conclusiones, se integren sus perspectivas y por lo tanto estén presentes en el trazado de las líneas interventivas.
9. Establecimiento del patrón de consumo, tipo de drogas, cantidad, frecuencia, ventanas de abstinencia, edad de inicio, contexto en el que se da el consumo, vías de administración, consecuencias del consumo.
10. Explicitar lo más completamente posible factores de riesgo y protectores de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

La elaboración del informe de evaluación diagnóstica será el insumo principal para la siguiente fase, pues como ya se dijo anteriormente, permite establecer focos prioritarios para la intervención, levantar objetivos comunes y acciones coordinadas. En cada uno de los puntos antes mencionados, se debe ir recogiendo las impresiones de la familia respecto del proceso de intervención.

### **Fase Desarrollo Plan de Intervención**

**Tiempo estimado:** 12 meses (con una evaluación intermedia a los 6 meses).

Es importante considerar que los tiempos de intervención establecidos en los planes NO son estándares, sino que deben determinarse de acuerdo con el diagnóstico, con metas y tiempos a corto y mediano plazo. Poniendo especial énfasis en que la intensidad de la intervención sea especialmente alta en los 6 primeros meses.

En base a los antecedentes recogidos e integrados en la fase previa se desarrolla la co-construcción del Plan de Intervención Unificado (PIU). En aquellos casos que corresponda





la intervención complementaria con otros proyectos deberá contarse con la participación de representantes de dichos proyectos en la elaboración conjunta del Plan de Intervención Unificado. Desde la modalidad PDC en particular es deseable que participe en este encuentro todos quienes participaron de la fase anterior, incluyendo en lo posible el médico psiquiatra.

Propósitos
Co-construir un plan de intervención (PIU) con objetivos y resultados esperados en el ámbito personal, familiar y sociocomunitario, considerando la etapa del desarrollo del niño, niña o adolescente, en coherencia con los hallazgos del diagnóstico de las vulneraciones de derechos/prácticas transgresoras.
Co-ejecutar el plan de intervención, involucrando al niño, niña o adolescente, su familia y los co-garantes del entorno familiar y/o sociocomunitario.
Implementar estrategias de intervención especializada a fin de que se modifique o interrumpa el patrón de consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas.
Ir ascendiendo por la espiral de cambio desde etapas en que se busque problematizar, hasta etapas de acción y mantenimiento de estilos de vida saludables y sin drogas.

El aporte del Programa en esta fase, además de reforzar las acciones realizadas por los otros equipos y disciplinas y el logro de los objetivos comunes, es principalmente implementar todas las estrategias necesarias para interrumpir el consumo habitual o problemático de drogas. Su trabajo se desarrollará en todos los niveles (individual, familiar y socio- comunitario) y busca la promoción de un proyecto de vida libre de drogas en los niños, niñas y adolescentes atendidos.

Una vez que el Plan de Intervención Unificado comienza a implementarse, se hace necesario que todas las disciplinas constructoras del PIU se mantengan en contacto, ya sea para intercambiar información como para hacer frente a contingencias que eventualmente pudieran ocurrir. Debe quedar establecido en dicho plan el tiempo que transcurrirá hasta que vuelvan a reunirse para un análisis de caso formal, revisando el nivel de cumplimiento de objetivos, evaluando participación, actividades y resultados esperados. Se sugiere que el lapso de tiempo entre una revisión del plan y otra no supere los tres meses.

**Análisis de casos intermedio (revisión de PIU)**

Las reuniones técnicas para revisar y eventualmente modificar el Plan de Intervención Unificado deben necesariamente contar con la participación de todas las disciplinas del proyecto que construyen y ejecutan el plan. En ese espacio participativo se entregarán visiones acerca de la intervención, discutiendo cambios observados, retrocesos, u otros sucesos que hayan ocurrido a lo largo de ésta. La evaluación de un caso siempre será una oportunidad de reconocer fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, con el objetivo de abordarlas y establecer mejoras al respecto.



Del mismo modo podrá intencionarse un análisis acerca de la pertinencia de la presencia y abordaje de las disciplinas, apoyos requeridos, contactos establecidos con otros actores comunitarios, revisión de situación familiar de los niños, niñas y adolescentes, revisar capacidad de impacto de la intervención y explicitar los nudos críticos.

Los análisis intermedios para evaluar los PIU desembocan naturalmente en una actualización del Plan de Intervención, el cual delinearán los campos de acción que se visualizan más relevantes y que sean de importancia para el logro de objetivos en la intervención que se encuentra ofreciendo el circuito 24 Horas en conjunto y particularmente el Programa. En este punto las disciplinas se cuestionan el impacto de la intervención y sus alcances, preguntándose acerca de la necesidad de reenfocar y reorientar acciones que estén dando escasos resultados. De no haberse logrado los objetivos y resultados propuestos luego de una permanencia del niño/a y su familia en el programa, se sugiere efectuar una reunión de evaluación del caso en conjunto con el supervisor/a técnico del Servicio, y se decida la pertinencia en el programa, o bien, si se requiere su derivación o egreso. De continuar interviniendo el programa, se requerirá reflexionar respecto de nuevas estrategias interventivas que se requerirán implementar con la finalidad de producir los cambios esperados.

Cuando el plan de intervención ha sido actualizado, se debe realizar una devolución a los niños, niñas y adolescentes y sus familias, dando a conocer las principales modificaciones y la evaluación del proceso interventivo. Esta devolución ayuda a crear un clima junto a las familias que generan confianza y cooperación en pos de la mejora de la intervención.

#### Acciones mínimas consumo habitual:

1. Evaluar con el niño, niña o adolescente, su familia y los co-garantes en conjunto o por separado, la ejecución general del plan de intervención. Revisar que logros perciben, si se han encontrado con obstaculizadores y reflexionar acerca de cómo abordarlos y acordar cómo continuar la intervención. Es importante, realizar esta evaluación desde un enfoque positivo, fortaleciendo los avances, por pequeños que les parezcan a los usuarios/as, en todas las áreas que han visto mejoras y enfocando las dificultades como áreas de mejoramiento.
2. Los mismos profesionales que participaron en el diagnóstico tendrán que involucrarse en esta evaluación intermedia. La revisión podrá estar enfocada a identificar si se lograron los objetivos y resultados propuestos en este plazo de seis meses, así como también, las metodologías y acciones que contribuyeron, o no, alcanzar dichos objetivos y resultados.
3. Considerando la visión de los sujetos participantes del programa y del equipo del programa, mantener o ajustar el plan de intervención, proponiéndose acciones y plazos para concluir la ejecución del mencionado plan.
4. Utilizar estrategias de la entrevista motivacional, para incrementar adherencia al tratamiento, percepción de autoeficacia y pequeños logros relacionados con el consumo de sustancias.
5. Sesiones con niños y niñas y sus familias en instalaciones del PDC y en el territorio en concordancia con lo comprometido en el Plan de Intervención diseñado.
6. Profundización de aspectos relacionados con el patrón de consumo e implementación de estrategias para interrumpirlo.



7. Refuerzo permanente orientado a fortalecer la participación activa de la familia en el tratamiento para el abuso de sustancias, realizando devolución del PIU tras ser actualizado.
8. Consignar la opinión del niño, niña o adolescente en los objetivos de la intervención. Se propone la integración de “frases o citas” entregadas por los niños, niñas o adolescentes, que den cuenta de la participación en la construcción de un plan que los atañe directamente.
9. Evaluar el nivel de logro de los objetivos planteados al inicio del tratamiento.
10. Entregar información objetiva sobre las drogas, las conductas de riesgo y sobre los mitos circundantes.

#### Acciones mínimas consumo problemático:

1. La intervención debe darse cuando el usuario está dispuesto a recibirla, de manera de no generar resistencias. El rapport entre el equipo intervisor debe orientar el compromiso y el éxito de tratamiento. Clave en este proceso es la creación de un vínculo empático y el fortalecimiento de la motivación. Es recomendable escuchar su demanda concreta, entender el deseo del niño, niña o adolescente y focalizar los esfuerzos en su interés. En esta parte, lo importante es conseguir nuevos encuentros.
2. Co-construcción del PIU. Las especialidades que intervienen en esta fase se reúnen para elaborar el plan de intervención unificado, que desemboque en la co-construcción de un traje hecho a la medida, que prevenga la sobre intervención, y genere objetivos comunes consensuados.
3. Encuadre con la familia explicitando la participación del equipo intervisor como Programa 24 Horas en su conjunto (alcances y objetivos de la modalidad).
4. Entrevistas motivacionales para incrementar adherencia al tratamiento, percepción de autoeficacia y pequeños logros relacionados con el consumo de sustancias.
5. Sesiones con niños y niñas y sus familias en instalaciones del Programa y en el territorio en concordancia con lo comprometido en el Plan de Intervención diseñado.
6. Realizar terapia cognitivo conductual, intervención familiar u otro que sea pertinente para el abordaje del caso.
7. Intervención focalizada en abordar aspectos adaptativos, derivar oportunamente en caso de manifestar trastornos psicopatológicos complejos.
8. Favorecer la creación de grupos de tratamiento con tres o más participantes y un coordinador, procurando que los participantes presenten el mismo nivel de consumo, teniendo los resguardos pertinentes para cada caso.
9. Apoyar los procesos de intervención del consumo habitual o problemático de los niños, niñas y adolescentes con terapias complementarias, si alguien del equipo tiene formación en esta área.
10. Profundización de aspectos relacionados con el patrón de consumo e implementación de estrategias para interrumpirlo.
11. Incorporar la opinión del niño, niña o adolescente en los objetivos de la intervención. Esta debe quedar consignada en la carpeta individual a través de frases o citas dichas por los niños.
12. Refuerzo permanente orientado a fortalecer la participación activa de la familia en el tratamiento para el abuso de sustancias, realizando devolución del PIU tras ser actualizado.

De este modo, lo que se espera en esta fase es un constante monitoreo de los Planes de Intervención Unificados o en su defecto planes Individuales, construidos colectivamente,



evaluación en forma permanente el proceso de abordaje para el tratamiento del consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas. En los sucesivos análisis de los casos intervenidos se analizará la coherencia y pertinencia de las acciones efectuadas, incorporando información respecto a si la intervención está siendo exitosa o si requiere de más tiempo para lograr objetivos esperados. En esta instancia los equipos se reúnen cuantas veces sea necesario, hasta tomar la decisión de pasar a la última fase: plan de sustentabilidad.

**Fase Plan de Sustentabilidad (plazo máximo 3 meses).**

Durante esta última fase la mirada interventiva se dirige principalmente a cerrar temas desarrollados durante la fase previa y comprender los cambios como el inicio a una calidad de vida que aparezca beneficiosa para los niños, niñas, adolescentes y sus familias atendidas. Relevar los aprendizajes, los avances producidos en materia del consumo de sustancias y funcionamiento familiar en general es muy importante desde el punto de vista de mirar hacia atrás en el tratamiento y visibilizarlo como un hito que trajo aparejados cambios favorable a la familia en su conjunto.

- Evaluación al término de la ejecución del programa: 2 semanas.
- Monitoreo o Seguimiento: 2 meses.
- Hito de Egreso: Plazo máximo de permanencia en el programa, hasta 18 meses

Propósitos
Evaluar con el niño/a o adolescente, su familia y los co-garantes los objetivos y resultados esperados propuestos al término de la ejecución del plan de intervención
Aplicar otros instrumentos de evaluación que se utilizaron en la etapa de diagnóstico.
Evaluar con el conjunto del equipo del programa los avances y dificultades para el logro de los objetivos y resultados propuestos al término de la ejecución del plan de intervención
Consolidar los cambios producidos durante el tratamiento en relación con el patrón de consumo por el cual un niño/joven ingresó al proyecto, reforzando un estilo de vida libre de drogas.
Evaluar la necesidad de recibir otro tipo de ayuda individual o familiar y realizar la derivación en caso de que se estime oportuno.
Mantener el trabajo sobre las estrategias para la prevención y manejo de recaídas.
Visualizar nuevas oportunidades de mejora en la vida de los/as niños/as y sus familias.
Efectuar rito/hito de egreso con el niño/a o adolescente, su familia, e idealmente con los co-garantes y dispositivos complementarios.

Los cambios favorables ocurridos durante la intervención pueden verse en perspectiva, valorando el espacio y dejando disponible una experiencia de vida que ayudó a generar dinámicas relacionales alternativas, abordó eficazmente el consumo problemático y que además ayudó a conectar con redes socio-comunitarias que aumentan la probabilidad que los cambios sean sustentables en el tiempo.



#### Acciones mínimas consumo habitual:

1. Evaluar con los niños, niñas, adolescentes y sus familias respecto de la estructura, contenidos y periodicidad de las sesiones que se orientan hacia el cierre del tratamiento.
2. Mostrar claramente al niño/a y su familia los logros del tratamiento, haciendo hincapié en los esfuerzos implicados, otorgando responsabilidad y autoeficacia de esos cambios a ellos mismos, ilustrándolo a través de un antes y después de la intervención.
3. Recuperar ámbitos fundamentales de socialización del niño, niña o adolescente y reorientar los roles de los padres (adultos responsables) y la familia.
4. Por parte del profesional interventor, la estrategia y el método a utilizar no debe ser directivo, sino de acompañamiento.
5. Realización de sesiones con la frecuencia y lugar<sup>66</sup> especificadas en el plan de sustentabilidad.
6. Promover conductas de autocuidado en niños, niñas y adolescentes.
7. Coordinación con otros componentes de circuito 24 Horas que se encuentren implicados en el proceso de intervención.

#### Acciones mínimas consumo problemático:

1. Encuadre con los niños, niñas, adolescentes y sus familias respecto de la estructura, contenidos y periodicidad de las sesiones que se orientan hacia el cierre del tratamiento.
2. Mostrar claramente al niño/a y su familia los logros del tratamiento, haciendo hincapié en los esfuerzos implicados, otorgando responsabilidad y autoeficacia de esos cambios a ellos mismos, ilustrándolo a través de un antes y después de la intervención.
3. Realización de sesiones con la frecuencia y lugar<sup>67</sup> especificadas en el plan de sustentabilidad.
4. Favorecer el control de estados emocionales que predisponen a actitudes de riesgo (ansiedad, estrés, sentimientos de soledad, confusión, apatía, aburrimiento, etc), y búsqueda de estrategias de afrontamiento adecuadas a estos estados de ánimo adversos.
5. Velar por alcanzar un nivel adecuado de estima personal, con el fin de generar seguridad, confianza y estabilidad emocional.
6. Que los niños, niñas y adolescentes inicien un proceso de responsabilidad personal, aprendiendo a responder ante determinados actos propios y ajenos.
7. Coordinación con otros componentes de circuito 24 Horas que se encuentren implicados en el proceso de intervención.

La Fase del Plan de sustentabilidad no deberá tener una duración superior a 3 meses, y considerará a lo menos acciones cada quince (15) días relacionadas con visita domiciliaria, entrevista con padres o adulto significativo, escuela, entre otras, haciendo coherencia con un plan orientado al cierre del proceso interventivo.

La finalización del tratamiento para el consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas culmina con el hito de egreso.

El egreso del proyecto estará dado por la evaluación del logro de los objetivos y resultados contemplados en el proceso de intervención, en el marco del Plan de





Intervención conjunto con el proyecto que deriva, y eventualmente con los otros programas que intervienen del circuito 24 Horas. Para este efecto se debe aplicar y consignar instrumento de evaluación, que permita y demuestre que el egreso se realizó de manera satisfactoria; la pertinencia de la aplicación debe estar dada por el tipo de consumo (habitual o problemático), en la cual la institución colaboradora sugerirá el instrumento a utilizar.

Cuando el egreso del proyecto no coincida con el egreso del Programa de Intervención Especializada – PIE, u otro ente derivante del circuito 24 Horas, los criterios para establecer el egreso, deben ser coordinados con los otros actores intervinientes y claramente explicitadas las razones del egreso en el plan de sustentabilidad. Del mismo modo, los usuarios también deben contar con esta información de forma oportuna.

**Cabe señalar que en la medida en que se implemente el Programa Protección Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas, en el marco del Programa 24 Horas, las fases de intervención deberán ajustarse a las nuevas disposiciones técnicas del Servicio.**

#### 5.7 Tiempos para la Intervención.

Tan deseable como lograr una buena adherencia de los casos ingresados al programa de atención, resulta el desarrollo de procesos de intervención intensivos que permitan observar logros en los plazos más breves posibles, que favorezcan de este modo el pronto egreso. Ello no sólo se funda en la posibilidad de aumentar un flujo permanente de ingreso y egreso de casos en un territorio con alta demanda de atención, sino que, además, obedece a ajustar los tiempos de intervención y la observancia de logros a las expectativas y características del sujeto de atención, principalmente aquel que muestra mayor autonomía.

De este modo, se espera la estructuración de los procesos de intervención de duración máxima de dieciocho (18) meses, tres (3) para ingreso y evaluación diagnóstica, doce (12) meses están destinados al desarrollo del plan de intervención y tres (3) meses para desarrollo del plan de sustentabilidad. No obstante, se espera que la mayoría de los niños, niñas, adolescentes y familias atendidas se concentre en los tiempos de intervención entre 12 y 15 meses.

Se espera que los tiempos de intervención del Programa sean coordinados con los otros proyectos complementarios, con lo cual se hace necesario el trabajo permanentemente dialogado, para asegurar dicha coordinación. No obstante, siempre podrán existir casos excepcionales que impliquen un mayor tiempo de atención. Dichas situaciones deberán ser debidamente fundamentadas y analizadas con cada Supervisor/a Técnico.

## VI. SOBRE EL EQUIPO

### 6.1. Criterios generales

El Programa de Protección Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de alcohol y/u otras drogas- Programa 24 horas, de la línea de acción



Intervenciones ambulatorias de reparación se sustenta con aportes financieros del Estado de conformidad a lo establecido en la ley N° 20.032.

En este contexto el organismo colaborador deberá asegurar que el porcentaje máximo de recursos financieros esté dirigido al recurso humano de intervención directa, con lo que asegura la existencia de adecuadas capacidades técnicas y minimiza la rotación de estos equipos.

Los profesionales y técnicos deben ser seleccionados de modo de cautelar su idoneidad para el trabajo de intervención, entre otras, debe realizarse evaluación psicológica en el proceso de selección de integrantes del equipo.

Un aspecto necesario de considerar, debido a que es vital para el desarrollo del equipo y para la calidad en la atención, es la capacidad de tomar decisiones técnicas en conjunto. El elemento fundamental que debe orientar este proceso es la responsabilidad ética de desarrollar este tipo de intervención, potenciar acciones dentro de un enfoque de derechos, creatividad individual asociada a una dinámica colectiva, con el objetivo de generar un espacio de discusión y actualización técnica que facilite y oriente las decisiones e intervenciones, en resguardo de la calidad de la atención y por tanto de la seguridad y bienestar de la víctima.

Conjuntamente, se releva la necesidad de que las instituciones protejan los recursos profesionales mediante acciones de cuidado del equipo, así como la potencien la capacidad de los propios profesionales de cuidarse a sí mismos, especialmente por las altas demandas emocionales que implica realizar intervenciones con niños, niñas y adolescentes abusados, el elemento de contingencia permanente con los/as usuarios/as del proyecto, los contextos de precariedad en que ellos/as se desenvuelven y la escasez actual de servicios para atenderlos en todas su problemáticas, lo que sobrecarga a los equipos profesionales de mayores exigencias personales y profesionales.

Un buen diseño de proyecto debe contemplar ambos aspectos, la experticia y protección del equipo, previniendo la aparición del síndrome del estrés laboral crónico. El cuidado de los equipos debe ser parte del proyecto de funcionamiento del programa.

## **6.2. Gestión de personas**

Se asume en las presentes orientaciones técnicas la relevancia de la Gestión de las personas, enfoque que tiene que ver con el desarrollo y con la importancia de cada persona para la organización, sus valores, comportamientos y su alineación con la misión del Servicio.

En la gestión de personas, el organismo colaborador deberá atenerse a los principios señalados en el artículo 2 de la ley N° 20.032, en los numerales que se indican a continuación:

*5) "La probidad en el ejercicio de las funciones que ejecutan. Todo directivo, profesional y persona que se desempeñe en organismos colaboradores deberá observar una conducta intachable y un desempeño honesto y leal de sus funciones con preeminencia del interés general sobre el particular.*

*6) Responsabilidad en el ejercicio del rol público que desarrollan. Las personas jurídicas que se desempeñen como organismos colaboradores del Estado serán civilmente responsables por los daños, judicialmente determinados, que se hayan ocasionado a raíz de vulneraciones graves de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes causados tanto por hechos propios como de sus dependientes, salvo que pruebe haber empleado esmerada diligencia para evitarlas. Lo anterior, sin perjuicio de la*



*responsabilidad civil que por los mismos hechos pueda corresponderle a la persona natural que ejecutó los hechos. Lo dispuesto en el párrafo anterior será igualmente aplicable a las personas naturales que se desempeñen como colaboradores acreditados".*

*8) Objetividad, calidad, idoneidad y especialización del trabajo, que se realizará de acuerdo a las disciplinas que corresponda. Las orientaciones técnicas a las que se refiere el reglamento de esta ley establecerán, a lo menos, los requisitos, prestaciones mínimas y plazos que deberán cumplir tanto el Servicio como los colaboradores acreditados para asegurar el cumplimiento de este principio"*

Complementariamente, en este marco, debe tenerse en cuenta los siguientes criterios a respetar en la contratación de las personas que ejecuten el respectivo proyecto:

Para la ejecución de cada proyecto se contará con el recurso humano más idóneo para su ámbito de trabajo/disciplina. Esto supone un sistema de selección de recursos humanos acorde a estos principios ya señalados de probidad, idoneidad de competencias profesionales, conocimiento de contexto territorial en proyecto específico, especialización en ámbitos de infancia y adolescencia.

Así como se realizará selección deben estar contemplados procesos de evaluación de la calidad del trabajo interventivo realizado en período de tiempo a definir. Será de conocimiento de todos los recursos humanos de la organización las causales de incumplimientos y sus sanciones, entre otros, la separación inmediata de sus funciones si se produce alguna situación reñida con las normas institucionales.

Se deberá considerar una evaluación psico laboral vigente, aquella que no tenga más de noventa días de realizada para el ingreso efectivo de cada trabajador/a, que postula a los cargos del proyecto.

Cada organismo colaborador deberá asegurar políticas de formación continua de los recursos humanos contratados para la ejecución de los proyectos<sup>15</sup>, junto a políticas de cuidado de los mismos que prevenga el síndrome del burnout ya que este se convierte en factor adverso a la calidad de las atenciones que los niños, niñas y adolescentes requieren. La evidencia ha mostrado que la salud laboral para quienes intervienen en contextos emocionalmente demandantes como son las consecuencias en el desarrollo o comportamiento por efectos de las vulneraciones de derechos de la población atendida en EL SERVICIO, en entornos de marginalidad o exclusión social o territorial, se ve alterada, apareciendo el estrés laboral crónico ya mencionado, por lo que la salud laboral debe ser parte de las políticas de cada organismo colaborador para asegurar la calidad y la pertinencia del trabajo protecciona a realizar.

Dentro de las acciones para prevenir el burnout se pide realizar supervisión clínica de casos al interior del equipo, las cuales pueden aportar en el abordaje de las evaluaciones, las intervenciones, en el nivel de reflexiones y metaanálisis de los casos.

Por otra parte, de conformidad al artículo 54 de la ley N° 21.302, el colaborador acreditado deberá contar con personal capacitado e idóneo para el ejercicio de las funciones que ejecute en el respectivo proyecto y deberá actuar conforme a los objetivos y principios establecidos en la ley N° 21.302. A su turno, el personal que tenga trato directo con niños, niñas y adolescentes deberá tener una salud mental y física

---

<sup>15</sup> El Organismo Colaborador responsable del proyecto deberá proveer o facilitar la participación del personal en procesos de capacitación, a fin de actualizar y profundizar conocimientos y prácticas para la intervención con niños, niñas, adolescentes y las familias.



comprobable compatible con el cargo, y las cualificaciones técnicas y/o profesionales necesarias para un correcto ejercicio del mismo. Para asegurar lo expuesto, el personal deberá someterse cada dos años a una evaluación de salud física y mental, lo que se establecerá en el respectivo convenio según su duración.

Para la contratación del personal que ejecutará el proyecto, deberán considerarse las prohibiciones e inhabilidades para trabajadores de colaboradores acreditados, establecidas en el artículo 56 de la ley N° 21.302, que señala lo siguiente:

- "a) Aquellas inhabilitadas para trabajar con niños, niñas y adolescentes o que figuren en el registro de inhabilidades para ejercer funciones en ámbitos educacionales o con menores de edad que lleva el Servicio de Registro Civil e Identificación en conformidad a la ley N° 20.594, que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades.*
- b) Las que han sido condenadas por delitos en contexto de violencia y sus antecedentes se encuentren en el registro especial que para estos efectos lleva el Servicio de Registro Civil e Identificación en conformidad con la ley N° 20.066, que establece ley de violencia intrafamiliar.*
- c) Las que han sido condenadas por delitos contra la integridad sexual.*
- d) Las que han sido condenadas por delitos que hayan afectado o comprometido el patrimonio del Estado, especialmente en materia de malversación de caudales públicos.*
- e) Las que hayan sido condenadas o respecto de quienes se haya acordado una salida alternativa por crimen o simple delito contra las personas que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de niños, niñas y adolescentes.*
- f) Jueces, personal directivo y auxiliares de la administración de justicia de los Juzgados de Familia creados por la ley N° 19.968.*
- g) Los trabajadores de colaboradores acreditados en contra de los cuales se haya formalizado una investigación, durante el tiempo que dure dicha formalización, por crimen o simple delito contra las personas que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de niños, niñas o adolescentes".*

Asimismo, y respecto del personal que ejecutará el proyecto, deberá darse cumplimiento al artículo 11 de la ley N° 20.032, que dispone *"Los colaboradores acreditados deberán velar porque las personas que, en cualquier forma, les presten servicios en la atención de niños, niñas y adolescentes demuestren idoneidad para el trato con ellos y, en especial, que no hayan sido condenadas, se encuentren actualmente procesadas ni se haya formalizado una investigación en su contra por un crimen o simple delito que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de éstos o de confiarles la administración de recursos económicos.*

*Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 21 de la ley N° 19.628, los colaboradores estarán obligados a solicitar a los postulantes el certificado de antecedentes para fines especiales a que se refiere el artículo 12, letra d), del decreto supremo N° 64, de 1960, del Ministerio de Justicia, sobre prontuarios penales y certificados de antecedentes y a consultar al registro previsto en el artículo 6° bis del decreto ley N° 645, de 1925, sobre Registro Nacional de Condenas.*

*Semestralmente, el organismo colaborador acreditado deberá consultar el registro previsto en el artículo 6 bis del decreto ley N° 645, del Ministerio de Justicia, de 1925, sobre el Registro General de Condenas, respecto de las personas que, en cualquier forma, les presten servicios en la atención de niños, niñas y adolescentes.*

*También serán inhábiles para desempeñar labores de trato directo en organismos colaboradores acreditados, los que tuvieran dependencia grave de sustancias estupefacientes o sicotrópicas ilegales, a menos que justifique su consumo por un tratamiento médico o sea consumidor problemático de alcohol".*



## Conformación del equipo de trabajo y descripción de funciones

La oferta programática requerida por el Servicio establecerá mediante el respectivo anexo del proceso concursal el número de trabajadores que se requiera específicamente por número de plazas.

En relación con los requisitos que deberá cumplir el Organismo Colaborador Acreditado para el pago del aporte financiero, se deberá considerar lo dispuesto en el artículo 30, letras a y b, de la ley N° 20.032, a saber:

*“a) Contar con un 75 por ciento del personal conformado por profesionales y/o técnicos especializados acordes a la respectiva línea programática, incluyendo a quienes trabajen en trato directo con los niños, niñas y adolescentes. La especialización deberá acreditarse, ante el Servicio, mediante los respectivos títulos profesionales de grado y certificados de especialización o postgrado que lo avalen, con determinación específica y detallada del ámbito de su experticia. Tales antecedentes estarán disponibles para las autoridades competentes que los requieran.”* En particular para esta modalidad se entenderá para el cálculo del 75% todo el personal que interviene con el NNA, por ende, están incluidas las tutoras y el personal administrativo. Donde para el cálculo se consideran todos los turnos de tutores necesarios para cubrir lo exigido por las presentes Orientaciones Técnicas.

*“b) Comparecer sus profesionales o peritos a declarar ante el tribunal a las audiencias a las que se les cite debido a su cargo o experticia, eximiéndose de esta obligación sólo cuando el tribunal los libere de ella, lo que será debidamente acreditado con copia autorizada de la respectiva resolución judicial que así lo señale.”*

A continuación, se revisará en detalle los cargos y funciones que se han contemplado para un **proyecto con cobertura de 50 atenciones simultáneas**, por lo que se entiende que, si el proyecto tiene otra cobertura, tendrá que ajustar su conformación.

Es necesario considerar también que la organización interna que tenga el equipo deberá estar en concordancia con lo planteado en las presentes orientaciones técnicas respecto a entregar a cada niño, niña, adolescente y familia una intervención adecuada a sus propias necesidades y problemáticas.

En consideración, a los resultados de estudios realizados por el Servicio respecto del perfil del sujeto participante del programa, es que se permite que en las presentes Orientaciones Técnicas el Organismo Colaborador Acreditado, en función de un **diagnóstico fundamentado del entorno y de la potencial población usuaria**, opte por una de las dos conformaciones de equipo que permite en este documento. Es así que, se señala que la modalidad tiene un equipo base compuesto por un Director/a (44 horas), un Psicólogo/a (44 horas), un Trabajador Social (22 horas), un Terapeuta Ocupacional (22 horas), tres Técnicos en Rehabilitación (44 horas) y un Psiquiatra (5 horas). Si el diagnóstico de la población infanto-adolescente, como de las características del territorio, indican que las problemáticas requieren una intervención más centrada en lo psicoterapéutico se suma un Psicólogo/a (44 horas) a la conformación. En cambio, si el diagnóstico de la población usuaria y sus contextos indican que la necesidad se orienta más a la intervención socio-comunitaria se suma un Técnico en Rehabilitación (44 horas) y se suman 22 horas al Trabajador/a Social. Que principalmente intervendrán en





procesos de abordaje del tratamiento de consumo habitual y problemático de alcohol y/o drogas.

Conformación de equipo 1):

Cargo	Cantidad	Horas
Director/a	1	44
Psicólogo/a	2	44
Trabajador/a Social	1	22
Terapeuta Ocupacional	1	22
Tec. en Rehabilitación	3	44
Psiquiatra	1	5

Conformación de equipo 2):

Cargo	Cantidad	Horas
Director/a	1	44
Psicólogo/a	1	44
Trabajador/a Social	1	44
Terapeuta Ocupacional	1	22
Tec. en Rehabilitación	4	44
Psiquiatra	1	5



6.3. Funciones básicas del equipo

Cargo: Director/a	Cantidad: 1	Horas: 44
<b>Perfil</b>  Encargado/a de dirigir técnica y administrativamente el proyecto a través de su asesoría y acompañamiento relativo a las funciones del personal a su cargo, en virtud de las orientaciones técnicas, objetivos y metas establecidas para la modalidad.		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Profesional de las Ciencias Sociales o de la Salud, psicóloga/o, trabajador/a social o Terapeuta Ocupacional titulado/a, con formación y/o experiencia comprobable en coordinación de equipos y redes socio-comunitarias.</li><li>• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y adolescencia, deseable formación en el tratamiento para el consumo de drogas y/o alcohol.</li><li>• Capacidad de liderazgo, fijar objetivos y prioridades para el correcto funcionamiento del proyecto.</li><li>• Capacidad de planificar y gestionar acciones tendientes al logro de resultados de la modalidad.</li></ul>		
<b>Principales funciones y tareas del/la directora/a</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinar a su equipo de trabajo, monitoreando la calidad de la atención a la población objetivo</li></ul>		



- Responsable de favorecer la articulación y complementariedad entre proyectos especializados del Programa 24 Horas.
- Supervisar el desempeño de los profesionales y técnicos del proyecto.
- Articular acciones con representantes de organizaciones de base y gobierno local, así como supervisores técnicos y financieros del Servicio
- Generar informes con antecedentes relevantes y actualizados en casos solicitados desde el Servicio.
- Asegurar que la información de los sujetos de atención esté actualizada y que la entrega sea oportuna cuando sea solicitado por el Servicio.
- Orientar la ejecución del proyecto de acuerdo con el convenio suscrito entre la institución colaboradora y el Servicio y cumplir con los requerimientos que corresponda.
- Conocer las orientaciones técnicas y administrativas (resoluciones, circulares, oficios, otros) establecidas por el Servicio y difundirlas entre el personal para su cumplimiento, según corresponda.
- Asegurar que la relación de complementariedad entre los proyectos se realice de manera adecuada.
- Gestionar los recursos administrativos y financieros del proyecto, con la finalidad que la intervención sea de calidad.
- Contribuir a que las etapas de ingreso y egreso de los niños, niñas y adolescentes se traduzca en una instancia de acogida respetuosa, bien tratante, e informada.
- Establecer relaciones basadas en el respeto y buen trato con los sujetos de atención y sus familias y velando por la confidencialidad de la información.
- Representar a la modalidad ante Tribunales de Familia y otras instancias relacionadas con su quehacer, dentro de éstas el Servicio, participando con especial énfasis en reuniones de la red intersectorial, mesas de trabajo, reuniones bilaterales con otros servicios o instituciones del intersector y de la red programática del Servicio.
- Informar al respectivo Tribunal de Familia cualquier evento que afecte la integridad de alguno de los niños, niñas o adolescentes ingresados, indistintamente del lugar de ocurrencia.
- Participación en la Mesa de Gestión de Casos del circuito 24 horas en su comuna. Contemplar la designación de otro profesional en situaciones debidamente justificadas y sólo de fuerza mayor.
- Velar por la adecuada articulación del PII y/o PIU de cada uno de los usuarios atendidos dentro del circuito 24 horas y otros dispositivos a nivel local, que intervienen de manera simultánea.
- Adoptar todas las medidas de protección y seguridad que requieran los niños, niñas o adolescentes cuando se vean afectados en su integridad, activando los correspondientes protocolos, mientras el Tribunal de Familia, el Servicio y la institución colaboradora se informan, gestionan o adoptan las medidas judiciales y/o administrativas, según corresponda, con el objetivo de no interferir en el vínculo de los profesionales con las familias informando a éstas últimas del proceso.

<b>Cargo:</b> Coordinador/a de Procesos de intervención Clínica	<b>Cantidad:</b> 1 o 2 Psicólogos/as (dependiendo del diagnóstico territorial y perfil)	<b>Horas:</b> 44
---	---	------------------



**Perfil**

Liderar proceso de intervención psicológica asociado al tratamiento del abuso de sustancias de niños, niñas y adolescentes atendidos en el proyecto, realizando terapia individual- grupal, coordinando procesos interventivos interdisciplinarios.

- Psicólogo/a Clínico/a y/o Psicólogo/a Clínico Comunitario titulado/a, con formación y/o experiencia comprobable en intervención de población con consumo de alcohol y/u otras drogas.
- Con experiencia laboral en el ámbito de salud o en instituciones públicas.
- Experiencia y capacitación en temas afines: salud mental, alcohol y drogas, área judicial, VIF, trabajo en redes y trabajo comunitario.
- Deseable experiencia en atención primaria, en atención familiar y manejo del enfoque sistémico.
- Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.
- Habilidad para identificar y satisfacer las necesidades del niño, niña o adolescente, implica disposición a servir de modo cordial y empático.
- Colaborar con otros miembros del equipo, compartiendo conocimientos, esfuerzos y recursos en pos de objetivos comunes.
- Aborda los conflictos de manera adecuada y flexibiliza ideas cuando se produzcan situaciones de tensión.
- Capacidad de vinculación positiva con las familias fomentando la empatía y el respeto a su contexto en la intervención.
- Capacidad para trabajar bajo presión y alta demanda.
- Será responsable del desarrollo de las evaluaciones diagnósticas, diseño, ejecución de los PII en los casos donde interviene solo el Programa y PIU en los casos donde exista complementariedad con otros dispositivos del circuito 24 horas, así como del plan de sustentabilidad.

**Principales funciones y tareas del/la psicólogo/a**

- Aporta en el proceso de evaluación diagnóstica a través de la realización de entrevistas, aplicación y análisis de instrumentos.
- Participación en el diseño y ejecución del Plan de Intervención Unificado, en conjunto con otros equipos especializados.
- Brindar atención psicoterapéutica individual y familiar en aquellos casos que lo requieran.
- Coordinación técnica de los procesos de intervención, manteniendo la información actualizada en las carpetas de cada caso, generando informes de avance.
- Participación en consultorías de salud mental.
- Velar por el cumplimiento de estándares éticos y de buena práctica clínica en la intervención.
- Realizar visitas domiciliarias en casos requeridos.
- Trabajar con la Red de Salud Mental y con el intersector.
- Trabaja colaborativamente con el psiquiatra y el técnico en rehabilitación.
- Registro de los casos a cargo en Sistema Informático del Servicio -SIS y en carpeta individual
- Realizar derivación asistida -cuando corresponda- de niños, niñas, adolescentes, ya sea a la red del Servicio, circuito 24 horas o redes instituciones y comunitarias.
- Participación en reuniones técnicas del equipo, con la finalidad de analizar los procesos de intervención y adoptar acciones que permitan avanzar hacia el logro de objetivos en los tiempos propuestos.



<b>Cargo:</b> Coordinador/a de Redes	<b>Cantidad:</b> 1 Trabajador Social 22 o 44 Horas (dependiendo del diagnóstico territorial y perfil)	<b>Horas:</b> 22 o 44.
<b>Perfil</b>  Coordinación de redes que fortalezcan los procesos de intervención del niño, niña o adolescente asociado a la superación de vulneración de derechos referente al consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas, que sean atendidos en el proyecto. De la misma forma, establecer relaciones de colaboración con instituciones públicas y/o privadas articulando recursos, generando redes de apoyo, beneficiando los procesos de intervención.		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajador/a Social titulado/a, con formación, experiencia y/o conocimientos de redes de salud mental y comunitaria.</li><li>• Se mantiene actualizado e informa respecto de los cambios relacionados con las funciones y tareas que les competen.</li><li>• Promueve el logro de los objetivos de su equipo de trabajo, aportando sus conocimientos.</li><li>• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.</li></ul>		
<b>Principales funciones y tareas del/la coordinador/a de redes</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer contacto con organismos locales que benefician la intervención.</li><li>• Identifica y evalúa las redes sociales, de acuerdo con los objetivos para el tratamiento de consumo de alcohol y/u otras drogas.</li><li>• Convoca y asiste a reuniones de coordinación con redes públicas o privadas.</li><li>• Tomar contacto con cargos claves de dispositivos sanitarios, que faciliten el acceso expedito a los usuarios.</li><li>• Colabora en la definición de objetivos de intervención en el ámbito social, familiar y comunitario.</li><li>• Colabora en el conocimiento y utilización de las redes sociales de salud que cada niño, niña o adolescente tiene en su comunidad, promoviendo que se vincule a la familia y/o grupos de referencia.</li><li>• Se debe mantener actualizado e informa respecto de los cambios relacionados al niño, niña o adolescente y su intervención.</li><li>• Desarrollo de trabajo bajo presión y orientado a objetivos.</li><li>• Conocimiento del territorio y de las redes gubernamentales de atención.</li><li>• Poseer compromiso con la organización y facilitar desarrollo de alianzas.</li><li>• Trabaja directamente con el/la directora/a del proyecto.</li><li>• Mantener actualizado el catastro y activada la red de organismo e instituciones locales y extensas consideradas como red de apoyo.</li></ul>		

<b>Cargo:</b> Responsable de implementación de componentes ocupacionales	<b>Cantidad:</b> 1	<b>Horas:</b> 22
--	--------------------	------------------





<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapeuta Ocupacional titulado/a, con formación y/o experiencia en tratamiento y rehabilitación en consumo de alcohol y/u otras drogas y/o en salud mental.</li><li>• Responsable del diseño, elaboración y puesta en marcha de actividades orientadas a la rehabilitación social, física, cognitiva y ocupacional de los usuarios.</li><li>• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.</li><li>• Capacidad para brindar atención cordial y afectiva a niños, niñas y adolescentes.</li><li>• Se mantiene estable y aporta calma en momentos de tensión emocional cuando el/la niño o adolescente lo requiera.</li><li>• Acepta y se adapta a los cambios que impactan en su intervención.</li></ul>
<b>Principales funciones y tareas del/la terapeuta ocupacional</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar Evaluación Socio-ocupacional.</li><li>• Generar rutinas que permitan al niño, niña o adolescente la utilización del tiempo libre participando en el diseño y elaboración de actividades de rehabilitación social, física, cognitiva y pre-laboral.</li><li>• Generar acciones de colaboración, respecto a la información del niño, niña y adolescente, con el equipo y otros intervinientes.</li><li>• Realiza intervenciones individuales, grupales y familiares.</li><li>• Realiza evaluación, valoración limitación de capacidades y habilidades funcionales que presentan los niños, niñas o adolescentes.</li><li>• Realiza entrenamiento y reeducación en el uso de habilidades básicas e instrumentales para la vida diaria.</li><li>• Colabora en la confección y cumplimiento del Plan de Intervención Individual o Unificado.</li><li>• Realiza evaluación y seguimiento de casos.</li><li>• Participa en la coordinación con equipos de proyectos especializados para realizar procesos de intervención en el territorio y para el establecimiento de trayectorias ocupacionales con Programa de Protección Especializada en Reinserción Educativa, (formulación de indicadores y logros para otros proyectos)</li></ul>

<b>Cargo:</b> Responsable de procesos de intervención psico-comunitaria	<b>Cantidad:</b> 3 o 4 Técnicos en Rehabilitación (dependiendo del diagnóstico territorial y perfil)	<b>Horas:</b> 44
<b>Perfil</b>  Conducir las líneas de intervención referente al ámbito individual y grupal con orientación psicocomunitaria, incidiendo favorablemente en la modificación de patrones de consumo habitual o problemático.		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Técnico en Rehabilitación titulado/a, con formación y/o experiencia comprobable en intervención con población infanto-adolescente en programas de tratamiento de drogas.</li><li>• Deseable experiencia en materia de psicocomunitaria, en contexto de vulnerabilidad social.</li><li>• Orientado a colaborar activamente con los miembros de su equipo o de otros proyectos que se enfoquen en la intervención de niños, niñas y adolescentes.</li><li>• Presentar flexibilidad para cambiar su punto de vista, a fin de llegar a acuerdos que ayuden a solucionar los conflictos.</li><li>• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.</li></ul>		



Principales funciones y tareas del/la técnico en rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover cambios en el patrón de consumo.</li><li>• Participación directa en el diseño de los planes de intervención, permanentemente retroalimentando y bajando a la cotidianeidad los contenidos abordados en procesos clínicos.</li><li>• Responsable del diseño y la ejecución de estrategias de intervención psicomunitaria, individual y grupal, con niños, niñas y adolescentes y sus familias.</li><li>• Coordinación con tutores de equipos de Programas de intervención Especializada- PIE y Programas de Protección Especializada en Reinserción Educativa para procesos de intervención en el territorio.</li><li>• Realizar acompañamiento territorial en acciones que favorezcan la reinserción social y el cambio de rutinas de consumo.</li><li>• Participar en reuniones de análisis de caso, en permanente coordinación con otras disciplinas participantes.</li><li>• Trabajo coordinado con todo el equipo PDC, especialmente con psiquiatra y psicólogo/a</li><li>• Intervenir en situaciones de crisis, de acuerdo con el Protocolo definido por el Servicio y lo especificado al respecto por el proyecto.</li><li>• Capacidad de adaptación al cambio y liderarlos.</li><li>• Amplio desarrollo de habilidades comunicacionales, orientación al servicio y a la obtención de resultados.</li></ul>

Cargo: Responsable de atención psiquiátrica	Cantidad: 1	Horas: 5
<b>Perfil</b>  Responsable de evaluar a usuarios, diseñar esquemas farmacológicos y monitorearlos en el tiempo, en el marco del tratamiento del consumo de sustancias.		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Psiquiatra infanto-adolescente titulado/a, con experiencia acreditada en intervención con niños, niñas y adolescentes<sup>16</sup>.</li><li>• Experiencia en intervención con población que presente consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas.</li><li>• Conocimiento y experiencia con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social.</li><li>• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.</li><li>• Colabora activamente y genera condiciones adecuadas en la intervención, ofreciendo ayuda permanente a los equipos intervinientes.</li></ul>		
<b>Principales funciones y tareas del/la psiquiatra</b>		

<sup>16</sup> Únicamente en las comunas donde se acredite que no es posible, tras todos los esfuerzos necesarios, contar con las prestaciones de un psiquiatra infanto-adolescente o bien un psiquiatra de adultos con experiencia demostrable en intervención con niños, niñas y adolescentes, podrá contratarse un médico de familia con experiencia en salud mental



- Evaluación inicial a todos los usuarios al momento del ingreso.
- Elaboración de diagnóstico clínico e intervención individual en salud mental especializada.
- Monitorear, supervisar y/o cambiar en conformidad a la evolución del cuadro y/o respuesta orgánica, respecto de los tratamientos farmacológicos.
- Coordinación con redes de salud (corta estadía hospitalaria u otros dispositivos), cooperando con ese vínculo, estableciendo contacto con su par, de tal modo que facilite el acceso a esa red, fortaleciendo la oportunidad de la intervención.
- Articulación con otros profesionales y técnicos intervinientes, con el fin de coordinar acciones.
- Participar en reuniones de equipo y de análisis de casos complejos cuando sea requerido.
- Trabajo coordinado con todo el equipo PDC, especialmente con psicólogo/a y técnico en rehabilitación.

## VII. SOBRE LOS RECURSOS MATERIALES

### 7.1 Respetto del inmueble de funcionamiento.

Con relación al inmueble donde funcione el proyecto debe considerarse:

- Inmueble adecuado a las necesidades del proyecto: número de oficinas o salas pertinentes, baños para el personal y para público accesible a niños/as, sala de recepción, sala de reuniones y en lo posible patio.
- Sala terapéutica habilitada con espejo unidireccional (deseable si se considera trabajo de supervisión de los tratamientos).
- Debe permitir una atención personalizada
- Los estándares mínimos de higiene y seguridad a considerar implican adecuarse a la normativa vigente con relación a: saneamiento básico (servicios higiénicos, servicios de alimentación), seguridad (vías de circulación, vías de escape, señalización); servicios básicos (instalaciones sanitarias, eléctricas y de gas, sistemas de detección de humo y combate de incendios, extintores, red húmeda y seca).

**Si el colaborador resulta adjudicado, para la firma del convenio se solicitará a entregar los documentos correspondientes que acrediten que contará con dicho inmueble al momento de inicio del convenio,** esto es, título de dominio, contrato de arriendo, comodato, destinación u otra forma de garantizar que se contará con aquél.

Será importante considerar, dentro de las condiciones de infraestructura, se cuente con una autorización sanitaria y equipamiento, que éstas puedan constituirse además en un aporte para los procesos de intervención complementarios a desarrollar en conjunto con los equipos de los proyectos de reinserción educativa e intervención clínica por consumo problemático de drogas, en aquellos casos que lo requieran. Esta autorización sanitaria se requerirá una vez adjudicado y en forma previa a su funcionamiento.

### 7.2 Respetto del equipamiento.

- Stock de materiales de oficina.
- Impresora.
- Computadores con sistema Operativo Windows 10 pro



- Conexión a Internet: Fibra óptica o inalámbrica acorde al proyecto (200 megas)

El equipo computacional se requiere para el ingreso de datos del proyecto al Sistema de Registro en Línea de Niños y Niñas de SIS Mejor Niñez, por tanto, es necesario desde el inicio de su ejecución.

### **7.3 Sobre el registro**

La entrada en vigencia de la Ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y el trabajo desarrollado para su implementación, ha exigido consolidar el proceso de mejoras de la otrora plataforma informática SENAINFO que inició el Servicio Nacional de Menores, a objeto de optimizar su manejo, tanto a nivel de ingreso, disposición de información y adecuación de variables e indicadores pertinentes a la operación por parte de los colaboradores acreditados y de administración directa del Servicio, dejando de esta forma, ser una mera plataforma para pago de subvenciones.

Es así, como el actual Sistema Integrado de Información, Seguimiento y Monitoreo SIS Mejor Niñez se crea a fin de responder a la citada ley que, en su artículo 31 establece que, el deber del servicio de crear y administrar un sistema integrado de información, que tendrá como objetivo el seguimiento de niños, niñas y adolescentes, sujetos de atención del Servicio y de sus familias y el monitoreo de las prestaciones que reciben. Agrega que los colaboradores acreditados, estarán obligados a proporcionar la información necesaria que el servicio les solicite para el sistema de registros y para el cumplimiento de sus funciones.

## **VIII. SOBRE LA EVALUACIÓN**

El proyecto será evaluado de conformidad a lo normativo vigente, las instrucciones dictadas por el Servicio, lo dispuesto en las bases y anexos del proceso concursal respectivo, así como, el convenio que se suscriba entre el Servicio y el organismo colaborador acreditado. Los plazos para la evaluación de los convenios se indicarán en las respectivas bases de licitación.

Respecto de la evaluación ex ante de los proyectos, en períodos que éstos deben someterse a un proceso de licitación, de conformidad al artículo 25 de la ley N° 20.032, deberá ponderarse:

- a) La idoneidad, oportunidad y calidad de la propuesta técnica de intervención orientada a la reparación y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
- b) La propuesta de gestión de redes para el acceso oportuno a las prestaciones de educación y salud de los niños, niñas y adolescentes.
- c) En el caso de centros de residencias, se incluirán las acciones tendientes a la revinculación familiar o la búsqueda de una medida de cuidado definitivo con base familiar.
- d) Además de los principios indicados en el artículo 2 de la ley N° 20.032.

Por otra parte, la evaluación ex post de los convenios de acuerdo con el artículo 36 de la ley 20.032, dispone que el Servicio se dirigirá a verificar (al menos una vez al año):

1. El respeto, la promoción y la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y de sus familias.



2. El cumplimiento de los objetivos del convenio.
3. El logro de los resultados esperados especificados en el respectivo convenio.
4. La calidad de la atención que reciben los menores de edad y sus familias, el estado de salud y de educación de los niños, niñas y adolescentes que en ella residan, y las condiciones físicas del centro de residencia, en su caso.
5. Los criterios empleados por el colaborador acreditado para decidir el ingreso y el egreso de niños, niñas o adolescentes.
6. La administración transparente, eficiente, eficaz e idónea de los recursos que conforman la subvención, de conformidad con los fines para los cuales aquella se haya otorgado, según la línea de acción subvencionable que corresponda.

Además, deberán considerarse como criterios objetivos, al menos los siguientes:

- a) Otorgar un trato digno y respetuoso a los niños, niñas y adolescentes.
- b) Revinculación familiar o la búsqueda de una medida de cuidado definitivo con base familiar.
- c) Asistencia oportuna en el acceso a las prestaciones de educación y salud de los niños, niñas y adolescentes.
- d) Idoneidad y pertinencia de la intervención ejecutada por los organismos colaboradores orientada a la restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

Aburto, A. y Arévalo, S. (S/F) El Reconocimiento del otro: Hacia estrategias de intervención familiar con pertinencia cultural mapuche. Fundación La Frontera

Aguayo, F. y Sadler, M. (2011). Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando hombres en la equidad de género. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Araya, M., Norambuena, P. & Pemjeam, A. (2013). Guía clínica Auge. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. Agosto 31, 2016, de Serie guías clínicas MINSAL 2013. Sitio web: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222c0667853b8f8e04001011f016146.pdf>

Arbex, C. (2002). Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Diciembre, 2016, de ADES Sitio web: <http://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>

Aron A.M., Sinclair, C., Llanos, M.T. (2012) La inclusión de la familia y las redes en el trabajo con niños y jóvenes. Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. Universidad Católica.

Barudy, J. Dantagnan, M. (2005) " Los Buenos tratos a la Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia". Editorial Gedisa, Barcelona.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010) Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Ed. Gedisa, Barcelona.

Bateson, G. (1978) Mind and Nature, a necessary unity. E.P. Dutton, New York.





- Bernales, S (2012). Tendiendo Puentes Entre la Familia y Las Instituciones. Reflexiones sobre la Experiencia de Intervención en el Departamento Psicosocial del ICHTF. Revista de Familias y Terapias del Instituto Chileno de Terapia Familiar, año 21 N°32, 20012 53-72.
- Beyebach, M. (2014) Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones, en [www.aetsb.org](http://www.aetsb.org)
- Biblioteca del Congreso Nacional, <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>
- Cáceres, A. (2010). Coordinadora Área de Diseño de la Oferta Programática, DEPRODE, SENAME. 2010. Presentación "Sobre las Practicas, Enfoque de Género e Intervención con Niños, Niñas y Adolescentes en Explotación Sexual Comercial. Santiago de Chile.
- Castillo, R (2009) El trabajo en red. Reflexiones desde una experiencia. Revista Zerbitzvan N° 46 páginas 149-162
- Céspedes, A. (2010). "El estrés en niños y Adolescentes, en busca del paraíso perdido". Ediciones B Chile.
- Contreras, M. (2007). Pare, Mire y Actúe. Un Aporte Para Incorporar el Enfoque de Derechos de la Niñez en la Práctica Social. Fundación Hogar de Cristo, UNICEF, Santiago, Chile.
- CIE-10 (2010) Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, Editorial Médica Panamericana, Madrid, España.
- Cyrulnik, B. (2009) Autobiografía de un Espantapájaros, Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- Cyrulnik, B. (2013) Los Patitos Feos, Editorial Debolsillo, Barcelona, España.
- CONACE (2007) Norma Técnica adolescentes infractores de ley.
- Convención sobre los Derechos del Niño. <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>
- Cortés, A., (2002) La contribución de la psicología ecológica al desarrollo moral. Un estudio con adolescentes. Universidad de Zaragoza. Extraído el 12 de Noviembre de 2015 de: [http://www.um.es/analesps/v18/v18\\_1/07-18\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/07-18_1.pdf)
- Dabas, E (2011) Haciendo redes. Perspectivas desde prácticas saludables. Ediciones Ciccus. Buenos Aires. Argentina
- Dabas (2001) Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Edición PAIDOS. Buenos Aires. Argentina
- De La Paz, P. (2011) La Intervención en Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas, Cuadernos de Trabajo Social, vol.24, pág. 155-163. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2011.v24.36865](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2011.v24.36865).
- Emukande (1998). Instituto Vasco de la Mujer. "Guía Metodológica para Integrar la Perspectiva de Género en Proyectos y Programas de Desarrollo"
- Fisch, R., Weakland, J., Watzlawick, P. (1992) Cambio, Editorial Herder, Barcelona.
- Fundación Paréntesis & SENAME (2012) Guía de Apoyo Proyecto de Capacitación en Entrevista Motivacional. En [www.sename.cl](http://www.sename.cl)
- Fundación Tierra de Esperanza (2013) Libro Intervención Familiar, SENAME.



Fundación Todo Mejora (2013). Orientaciones de atención a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gay, bisexuales trans para profesionales de salud mental.

Fundación Todo Mejora (2013). Capacitación "Sensibilización a funcionarios SENAME en torno a la prevención del suicidio adolescente de la población LGBT".

Fundación Todo Mejora. Un Desafío para Todos, El Bullying Homofóbico es Universal (2016). Extraído el 24 de Enero de 2017 de: <https://todomejora.org/wp-content/uploads/2016/03/TM-Informe-Un-Desafio-Para-Todos.pdf>

García, F. (2001): "Modelo Ecológico Mesa Redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana" Francisco Dpto. de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia. Extraído el 12 de Noviembre de 2015 en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/modelo\\_ecologico\\_y\\_modelo\\_integral\\_de\\_intervencion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf)

Gil, A (2015) Redes Sociales en el Trabajo Social. Apuntes para la praxis profesional, Revista Eleuthera, 12, 181-196

GIZ, Cooperación Alemana para el Desarrollo, 2011. "Transversalización del Enfoque de Género en Programas y Proyectos del Sector Gobernabilidad. Propuesta Metodológica desde la Experiencia del Programa Gobernabilidad e Inclusión en el Perú".

Haley, J. (1981) Terapia No Convencional, editorial Amorrortu, Barcelona, España.

Henderson, E (2006). La Resiliencia en el Mundo de Hoy: Como Superar las Adversidades. Barcelona: Editorial Gedisa.

Herrero de Vega, M. (2010) La Terapia Breve Centrada en las Soluciones, en [www.proyctohombre.es/archivos/100.pdf](http://www.proyctohombre.es/archivos/100.pdf)

Hidalgo, V. (2005). "Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término", En Revista Universitat Tarraconensis, Revista de Ciencias de la Educación. , Nº 1, 2005, págs. 75-85 España

Juretic, J., Dussailante, F., Saieg, G., Martín, M., Estrada, F., Fuenzalida, J. & Castro, C. (2015). Los derechos de los niños, una orientación y un límite. "Definiciones conceptuales para un sistema integral de protección a la infancia". Agosto 31, 2016, de UNICEF Sitio web: <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/4-Definiciones-conceptuales.pdf>

Kielhofner, G. (2006) Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional, 3ª edición, editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina.

Ley Nº 20.442 Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.

Kotliarenko, M. A. (2002). "Estudio Psicológico acerca de la edad de responsabilidad Penal" Consultoría solicitada por UNICEF.

Kim Berg, I & Miller, S. (1998) Solutions Step by Step: A substance Abuse Treatment Manual. Editorial W.W. Norton & Company, London.

Meza, L. y Mata, L. sin año. "Consideraciones sobre la Socialización de Género y su Influencia en la Dinámica del Abuso Sexual".



- Milicic, N. (2011) Módulos Conceptuales. Tema 2: Resiliencia, Tutores de Resiliencia y Aprendizaje Socioemocional. Documento de clase, Curso Salud Mental: Marcos de Referencia para el Diagnóstico e Intervención con Niños o Jóvenes del Programa 24 Horas. Centro de Estudios u Promoción del Buen Trato –UC SENAME- UC Virtual.
- Miller, W & Rollnick (1999). La Entrevista Motivacional. Preparar para el Cambio de Conductas Adictivas. Editorial Paidós, Barcelona.
- MINSAL (2013) Guía Clínica AUGÉ Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
- MINSAL (2015) Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, subsecretaría de salud pública, división de prevención y control de enfermedades.
- Morelato, G. (2009). Revista de Psicología “Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico”. Vol.29 N° 2 Lima 2011.
- Versión On line, extraído el 17 de diciembre de 2015 de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472011000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472011000200001&script=sci_arttext)
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2005) Brief Strategic Therapy. Jason Aronson Publishers, United States.
- Obach, Alexandra, Sadler Michelle y Aguayo, Francisco. “Previniendo la Violencia con Jóvenes. Talleres con Enfoque de Género y Masculinidades”. Manual para Facilitadores y Facilitadoras. Cultura Salud y Sename 2011.
- Oliva, A., Parra, A. y Arranz, E. (2008) Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. Infancia y Aprendizaje, 2008, 31 (1), 93-106.
- OPCION (2011) Documentos de Trabajo Nº2. Recopilación y Sistematización de estudios. 2007 – 2011. Programas PIE de Corporación Opción.
- Organización Mundial de la Salud (2002) Estrategias de la OMS, sobre Medicina tradicional
- Pacheco, M. (2002) Psicoterapia Ericksoniana: El legado de Milton Erickson a la terapia actual. En <http://www.seminariosenlinea.com/.../Hipnosis%20Ericksoniana/Pacheco>.
- Perilla, L. Zapata, B (2009) Redes Sociales, Participación e Interacción Social, Trabajo Social N.º 11, 2009. Páginas 147-158
- Proshaska, J.O. & DiClemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En Treating addictive behaviors: Processes of change, Plenum Press, Nueva York.
- Quilodrán, A. (2012). La Participación de Niños y Niñas en espacios Comunitarios: ¿Un aporte al ejercicio de su ciudadanía? Estudio cualitativo a partir de la voz de los niños y niñas participantes de dos programas de prevención comunitaria (PPC): Polpaico y La Legua. Tesis para otra al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Comunitaria. Universidad de Chile.
- Rodrigo, M. (2009). Una mirada Integradora de la Resiliencia Parental: desde el contexto hasta la Mente de las Madres y los Padres en riesgo Psicosocial [versión electrónica].



Psic. Da Ed., Sao Paulo, 1º sem. De 2009, 51-71. Extraído del 10 de Enero de 2013 de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n28a04.pdf>

Rodrigo, M.J. (2009) Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial.

Intervención Psicosocial, vol. 18. Colegio oficial de Psicólogos, España.

Rollnick & Miller (1996) ¿Qué es la Entrevista Motivacional? Revista de Toxicomanías Nº6, Barcelona.

Salas, R (2006) Ética Intercultural. Cap. IV: Ética Discursiva y Diálogo Intercultural. Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de drogas y alcohol SENDA (2014) Bases administrativas y técnicas modalidad PAI (Programa Ambulatorio Intensivo) [www.senda.cl](http://www.senda.cl)

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol SENDA (2016). Glosario de términos. Diciembre 05, 2016, de Ministerio del Interior y Seguridad Pública Sitio web: [http://www.senda.gob.cl/?page\\_id=1376](http://www.senda.gob.cl/?page_id=1376)

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de drogas y alcohol SENDA (2016). Sujeto, Contexto y Drogas. Enero 23, 2017, de Ministerio del Interior y Seguridad Pública Sitio web: [http://campus.uestatales.cl/aula/assets/asigid\\_5169/contenidos\\_arc/44017\\_Sujeto\\_Contexto\\_Drogas.pdf](http://campus.uestatales.cl/aula/assets/asigid_5169/contenidos_arc/44017_Sujeto_Contexto_Drogas.pdf).

Universidad Católica de Temuco (2013). Interculturas, región de la Araucanía. Instrumento para la Medición de Criterios Interculturales en los Programas que Trabajan con Infancia. Trabajadora Social – Magister © Trabajo Social, Familia e Interculturalidad.

Universidad Católica & SENAME (2011) Estudio relativo al diagnóstico en Salud Mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa Vida Nueva.

Universidad Alberto Hurtado (2016) Evaluación de Implementación y de Resultados del Programa 24 Horas.

Waldron, H. & Turner, Ch. (2008) Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse, en [http://www.mdft.org/mdft/media/files/Publications/Waldron-and-Turner-\(2008\)-Evidence-based-psychosocial-treatments-for-adolescent-substance-abuse.pdf](http://www.mdft.org/mdft/media/files/Publications/Waldron-and-Turner-(2008)-Evidence-based-psychosocial-treatments-for-adolescent-substance-abuse.pdf). Oregon Institute.



## ANEXO. Memorandum N°128, de 2021



SANTIAGO, 15 DIC 2021

MEMORANDUM N° 060128

A: DIRECTORES/AS REGIONALES  
SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

DE: MARÍA JOSÉ CASTRO ROJAS  
DIRECTORA NACIONAL  
SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Materia: Instruye e indica vías de ingreso a los programas de las líneas de acción del Servicio Mejor Niñez.

Junto con saludar cordialmente, en atención a los antecedentes del presente oficio, y en virtud de las facultades conferidas en el artículo 7 letra b) y letra d) de la Ley N°21.302, Informo Uds., lo siguiente:

1° En primer término, es preciso señalar que la derivación de niños, niñas y adolescentes a los programas de protección especializada correspondientes a la oferta del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, en adelante Servicio Mejor Niñez, se encuentra regulada en el artículo 19 de la Ley N°21.302, norma que entró en vigencia el primero de octubre del 2021, y que indica que ante la adopción de alguna de las medidas de protección dispuestas en las letras c) y d) del artículo 71 de la Ley N°19.968, así como las medidas de ingreso en virtud del artículo 80 bis, ya sea que el ente derivante sea el Tribunal con competencia en Familia o las Oficinas Locales de la Niñez (OLN), la asignación de cupos le corresponde únicamente al Director Regional del Servicio Mejor Niñez mediante un procedimiento breve, racional y justo.

2° Que en complemento de lo anterior, el Decreto N°12 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia publicado con fecha 29 de noviembre del 2021, que Aprueba el Reglamento sobre el Procedimiento para la Asignación de Cupos en Proyectos de Programas de Protección Especializada del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, establece en su artículo 1° que el objetivo del reglamento es regular el procedimiento breve, racional y justo conforme el cual los Directores Regionales del Servicio Mejor Niñez asignarán los cupos en los proyectos que ejecutan programas de protección especializada en cada una de sus regiones, abordando en sus artículos 5° y 6° el procedimiento de asignación propiamente tal; desde la derivación del Tribunal competente en asuntos de familia mediante sistema Informático Interconectado al Servicio Mejor Niñez, como la posterior notificación de la asignación del cupo desde el Director Regional al órgano derivante (Tribunal u OLN), junto con la comunicación al colaborador acreditado que ejecuta el proyecto al cual se le asignó el cupo del niño, niña o adolescente.

3° Que, por su parte, con fecha 23 de septiembre del 2021, a través de los ORD. N°000211 al N°000227, el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia informó a los Ministros Encargados de Asuntos de Familia de las Ilustres Cortes de Apelaciones del país, sobre las vías de comunicación para la aplicación del procedimiento de asignación de cupos en días y horarios inhábiles. En este sentido, el Poder Judicial se encuentra en conocimiento del sistema de





derivación de NNA a los proyectos que ejecutan los programas del Servicio, así como del procedimiento de asignación de cupos para días y horarios, hábiles e inhábiles.

4° En atención a lo anterior, y a objeto de dar cumplimiento al mandato legal establecido en el artículo 19 de la Ley N°21.302 y al Decreto N°12/2021 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, se ha efectuado una revisión de las vías de ingreso a los diversos programas de las líneas de acción ambulatorias del Servicio Mejor Niñez, tornándose necesario informar a ustedes, que a partir del 1° de octubre del 2021 los proyectos que ejecutan los programas de las líneas de acción del Servicio Mejor Niñez solo pueden recibir derivaciones de niños, niñas o adolescentes por medio del procedimiento de asignación de cupos señalado precedentemente. En consecuencia, el ingreso de los NNA a los proyectos siempre procederá por resolución judicial del juez con competencia en familia respectivo o por derivación de la OLN previa asignación de cupo desde la Dirección Regional de Mejor Niñez, lo anterior habida consideración de lo dispuesto en el artículo octavo transitorio de la Ley N°21.302 en cuyo inciso primero se indica "(...) las referencias al órgano de protección administrativa y/u Oficina Local de la Niñez se entenderán realizadas a las Oficinas de Protección de Derechos del Niño, Niña o Adolescente (...)" razón por la cual las Oficinas de Protección de Derechos podrán realizar la solicitud de asignación de cupo al Director Regional. Cualquier vía de ingreso diversa ha quedado derogada tácitamente debido a la modificación legislativa.

5° Lo informado precedentemente en cuanto a la única vía de ingreso a la oferta ambulatoria excluye a: (I) las Oficinas de Protección de Derechos en virtud de lo dispuesto en el artículo octavo transitorio de la ley N°21.302, norma que precisa que las OPD continuarán reglándose por las normas aplicables a la época anterior a la entrada en vigencia de las modificaciones introducidas a la ley N°20.032, y (II) los Proyectos que ejecutan el circuito PSI 24 Horas, toda vez que dichos programas cuentan con un porcentaje fijo de plazas de atención para NNA del listado PSI y/o como única vía de ingreso la derivación interna de la red Mejor Niñez PSI 24 horas.

6° Finalmente, se solicita a UD., remitir copia del presente oficio y realizar una transferencia técnica a los proyectos ambulatorios que se ejecutan en su territorio para el efectivo cumplimiento de la normativa vigente.

Sin otro particular, se despide cordialmente,



MARÍA JOSÉ CASTRO ROJAS

Directora Nacional

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia



Distribución:

- Destinatario
- Archivo Dirección Nacional Mejor Niñez
- Oficina de Partes
- Fiscalía
- Unidad de Diseño de Programas
- Unidad de Análisis y Gestión de la Información.



- 2° **PUBLÍQUESE** la presente Resolución en la página web del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y adolescencia.

**ANÓTESE Y ARCHÍVESE.**

**GABRIELA MUÑOZ NAVARRO  
DIRECTORA NACIONAL (S)  
SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA  
A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

GBT/MUL/MEOS/ANIC/INIB/MAC

**Distribución:**

- Departamento de Diseño y Evaluación
- Departamento de Gestión Territorial
- Fiscalía
- Oficina de Partes