



ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA CONCURSO DE PROYECTOS

**PROGRAMA DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA
PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE
ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS (PDC)**

PROGRAMA 24 HORAS

**DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS
SERVICIO NACIONAL DE MENORES**

FEBRERO, 2017

INDICE

PRESENTACIÓN 4

1.1 5

Antecedentes 5

MARCO GENERAL PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO 8

2.1 Marco Ético Conceptual Enfoque de Derechos Humanos: Enfoque de
Derechos de la Niñez y Adolescencia 9

2.2 *Marco general para la acción interventiva*15

2.2.1 Participación15

2.2.2 Redes17

2.2.3 Genero.....19

2.2.4 Intervención familiar con adolescentes23

2.2.5 Interculturalidad en el marco de los Derechos Humanos e
Intervenciones con Pertinencia Cultural26

2.2.6 Enfoque inclusivo de la discapacidad28

2.3. *Modelo Programa 24 Horas*.....28

2.3. *Marco Institucional sobre Derecho a la Salud, Prevención y tratamiento del
consumo de alcohol y/o drogas*30

III. FORMULACION DEL PROBLEMA32

3.1 Informe Mundial sobre Drogas32

3.2 Prevalencia del consumo de drogas a nivel nacional33

3.3 Estudio Fundación San Carlos de Maipo34

3.4 Estudio Centro de Buen Trato Universidad Católica35

3.5 Derivaciones desde PIE a PDC periodo 201536

IV. OBJETIVOS.....38

4.1 Objetivo General38

4.2 Objetivos Específicos38

**V. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION PARTICIPANTE DEL
PROGRAMA38**

5.1 Sujeto de Atención participante del programa38

5.1.1 Niveles de consumo39

5.2 Vías de Ingreso42

5.3 Cobertura y Focalización Territorial43

VI. MODELOS DE INTERVENCION43

6.1 Modelos Generales de Intervención43

6.1.1 Modelo Ecológico43

6.1.2 Resiliencia46

6.1.3	Parentalidad Positiva: una mirada contextual al ejercicio de la parentalidad y marentalidad	47
6.1.4	Apego y Neurociencia	49
6.1.5	Modelo Contextual Relacional	52
6.2.	Modelos específicos de intervención de la modalidad PDC	53
6.2.1	Modelo Transteórico de cambio	53
6.2.2	Entrevista Motivacional.....	55
6.2.3	Modelo Cognitivo Conductual	57
6.2.4	Modelo Estratégico Breve	58
6.2.5	Modelo Ocupación Humana.....	61
6.2.6	Terapia Familiar Funcional	63
6.3	Niveles de Intervención	64
6.3.1	Personal: con el niño, niña o adolescentes	64
6.3.2	Familiar	67
6.3.3	Socio-comunitario	69
6.4	Fases de la Intervención	71
6.4.1	Fase de derivación e ingreso	72
6.4.2	Fase de Profundización Diagnostica	74
6.4.3	Fase de Desarrollo plan de intervención.....	77
6.6.4	Fase Plan de Sustentabilidad	81
6.5	Tiempos para la intervención	84
VII.	RECURSO HUMANO	84
7.1	Conformación del equipo de trabajo y descripción de funciones	84
7.2	Gestión de Equipo de Trabajo	92
7.3	Selección	92
7.4	Inducción	94
7.5	Capacitación	94
7.6	Cuidado de Equipo	95
7.7	Consideración sobre la rotación de personal	97
7.8	Relación contractual	97
VIII.	SOBRE EL PRESUPUESTO	98
IX.	SOBRE LOS RECURSOS MATERIALES	98
9.1	Respecto del inmueble de funcionamiento	98
9.2	Respecto del Equipamiento	99
X.	MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	99
XI.	MATRIZ LÓGICA	102
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	109

I. PRESENTACIÓN

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

El **Programa 24 Horas** se diseña y comienza a implementar durante el primer Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet (2007-2010), específicamente el año 2009¹, 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 transgresoras² en niños, niñas y adolescentes derivados del Programa de Seguridad Integrada PSI 24 Horas.

Durante el año 2010, se definieron las primeras 8 comunas para la instalación del Programa: La Pintana, Puente Alto, La Florida, Lo Espejo, Pudahuel, Recoleta, Peñalolén y La Granja. Extendiéndose a 19 comunas en el curso del año 2015, a saber: Alto Hospicio, Arica, Antofagasta, Calama, Coquimbo, Valparaíso y Los Ángeles. Extraordinariamente se extendió durante el mismo año a Maipú, Quilicura, El Bosque y San Bernardo. Asimismo, durante el año 2016 se logra la ampliación a 8 nuevas comunas, estas son: Conchalí, Lo Prado, Macul, Lampa, San Ramón, San Joaquín, Iquique y Viña del Mar, logrando la instalación del Programa en un total de 27 comunas.

Para el año 2017 se espera continuar con la ampliación del Programa a 9 comunas, logrando así concretar el compromiso de instalar el Programa en las 36 comunas priorizadas en el 2010. Las comunas definidas para el presente año corresponden a: Temuco, Puerto Montt, Cerro Navia, Copiapó, Rancagua, Talca, Estación Central, Pedro Aguirre Cerda y Renca.

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

¹ Para conocer el diseño original véase publicación "Programa Vida Nueva 2010", realizada por SENAME y la Unidad de Prevención de la División de Seguridad Pública del Ministerio del Interior, publicado en enero de 2011, Santiago de Chile: SENAME.

² Se considera a la 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.

colaboradoras³ 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 pública⁴ 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"⁵, 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, como también, de los Gestores Territoriales del Programa 24 Horas y el aporte de supervisores/as técnicos.

Es importante señalar, que las presentes orientaciones técnicas podrán ser modificadas, rectificadas o complementadas por SENAME durante el desarrollo del programa, de acuerdo a las necesidades de actualización técnica de los procesos de intervención para el mejoramiento de los procesos y fines en beneficio de la población atendida. Por tanto, los ejecutores de proyectos de la modalidad deberán ir integrando a la ejecución los respectivos énfasis y modificaciones que el Servicio introduzca.

1.1 Antecedentes

En el año 1990, el Estado de Chile ratifica la firma de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN),⁶ 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 Partes 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,*

³ En el marco del rediseño de la orientaciones técnicas, se entrevista a directores y jefes técnicos de Instituciones colaboradoras, quienes aportaron elementos desde la experiencia en la ejecución de proyectos.

⁴ En las presentes orientaciones se contó con la asesoría de profesionales del área de prevención y tratamiento de Senda.

⁵ El Estudio se realizó entre diciembre de 2015 a noviembre de 2016, cuyo ente ejecutor fue la Universidad Alberto Hurtado. Este contempló la realización de una aproximación investigativa de carácter mixta, que articula técnicas de tipo cualitativo y cuantitativo. Tuvo como propósito evaluar la implementación y los resultados del programa, junto con identificar nudos críticos y proponer mejoras a su modelo de gestión.

⁶ Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)

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 Partes 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 a 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).

En Chile, el Servicio Nacional de Menores es el organismo público encargado de la ejecución de la Política Pública Especial, cuya misión es **"Contribuir a la restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes, vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de prestaciones de calidad mediante una red de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del Servicio"** (2017).

Es así, que en el ámbito de protección de derechos, el Servicio Nacional de Menores cuenta con una amplia red de programas de atención para abordar las vulneraciones de derechos vividas por los niños, niñas y adolescentes en el país, sin discriminación alguna y que para el logro de estos propósitos, involucran activamente a las familias.

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 2009, el Servicio Nacional de Menores, en conjunto con otros actores públicos (Subsecretaría de Carabineros, Dirección de Protección Policial de la Familia y División de Seguridad Pública del Ministerio del Interior), toman la decisión de levantar pilotos en 8 comunas de la Región Metropolitana, elegidas de acuerdo a una clasificación en base a tres sistemas de indicadores, a saber: Tasas de Ingreso al PSI, Índice de Infancia (MIDEPLAN-UNICEF) y Puntaje DIPROFAM⁷.

⁷ El puntaje Diprofam consideró 6 dimensiones: Entrega de fichas de Sistematización, Equipo Profesional, Apoyo Alcaldicio, Redes Sociales, Relación con la Unidad Policial y Vínculo con DIPROFAM, en Documento "Proyecto Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes provenientes del Programa de Seguridad Integrada: 24 horas de las comunas de la Florida, La Granja, La Pintana, Lo Espejo, Puente Alto, Peñalolén, Pudahuel y

De lo anterior, se decide comenzar el mencionado piloto en las comunas de: La Granja, Peñalolén, La Pintana, Puente Alto, Lo Espejo, Pudahuel, La Florida y Recoleta.

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 desde SENAME⁸:

- Oficinas de Protección de Derechos-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 que junto con el fortalecimiento de la oferta, se implementan dos soportes 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. Estos son:

- **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, red SENAME, 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 (SENAME, 2010, 2013 y 2015).

La coordinación de la Mesa de Gestión de Casos está a cargo de los equipos de la Oficina de Protección de Derechos (OPD) de SENAME, en conjunto con las duplas de los Equipos de Detección Temprana (EDT) de la Subsecretaría de Prevención del Delito (SPD). Son parte de ésta 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; Gestores Territoriales del Programa 24 Horas, Supervisores Técnicos de las Unidades de Protección de Derechos de las Direcciones Regionales de SENAME, encargados técnicos de los Organismos

Recoleta". Subsecretaría de Carabineros, Dirección de Protección Policial de la Familia, División de Seguridad Pública y Servicio Nacional de Menores, 2009.

⁸ La subsecretaría de Prevención del delito, aporta con dos dispositivos de atención; Equipo de Detección Temprana (EDT) y el equipo de Terapia Multisistémica (MST). Además los Equipos de Salud, dispuestos desde el Ministerio de Salud en las comunas de La Granja, Lo Espejo, Pudahuel, Peñalolén, La Pintana, Puente Alto, Recoleta y La Florida. En las comunas que no se cuenta con los equipos de salud, se coordina con los dispositivos de salud presentes en el territorio.

Colaboradores, Gestores comunales de la Subsecretaría de Prevención del Delito; 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 (Servicio Nacional de Menores, 2012).

- **Gestión Territorial:** La Gestión territorial pretende actuar como un enlace entre el diseño del Programa y la implementación de este en el territorio, realizada a través de una acción transversal de acompañamiento que implica generar vinculaciones con todos los sectores involucrados en la implementación del Programa, que asegure estándares de calidad en cuanto a procesos de intervención y resultados esperados. A la vez implica identificar los intereses de cada uno de ellos y las expectativas que tienen respecto del programa de manera de generar un clima de confianza y de colaboración.

*Así se puede decir que, "La Gestión territorial, corresponde a un proceso de acompañamiento planificado, en el área técnica a equipos de trabajo en aspectos asociados a la gestión de los proyectos, la atención de usuarios y en el área de Gestión de redes, para la implementación del Programa 24 Horas, orientadas a su adecuado desarrollo y el cumplimiento de sus objetivos y resultados"*⁹

El acompañamiento a los equipos lo realiza el **Gestor/a Territorial**, profesional encargado de apoyar la instalación e implementación del Programa en el territorio, para que estas acciones sean lo más fiel al diseño, aunque respetando las diferencias propias de cada territorio, realizando los ajustes pertinentes. El Gestor/a realiza un acompañamiento tanto en el área técnica como también en el área de gestión de redes, constituyéndose en un actor clave para el buen desempeño de los proyectos y el circuito, apoyando y orientando en los análisis de casos, elaboración de Planes de Intervención Unificado (PIU), fortaleciendo el trabajo complementario entre los equipos que favorezca los procesos que involucran a los niños, niñas y adolescentes.

Este profesional tiene además un importante rol en la articulación, coordinación y es responsable de mantener una comunicación fluida entre los distintos actores, sectores y niveles que se involucran en la ejecución del programa; es un articulador multinivel. Agregar que este profesional mantiene una plena presencia en el territorio, realizando un acompañamiento a cada uno de los equipos de manera individual y en conjunto.

Cabe mencionar que el Gestor/a Territorial es el encargado de recoger las experiencias del quehacer de los equipos y de su propio trabajo, que puedan ser compartidas para aportar al desempeño del Programa, tanto para ser utilizada por otras comunas cómo para el diseño de este.

Por último mencionar que el Gestor/a Territorial, tiene el rol de acompañamiento en el área técnica y de gestión de redes, distinto a las funciones del Supervisor/a Técnico/a. El modelo requiere que ambos profesionales se mantengan en contacto y complementen información, con el fin de incorporar mejoras y relevar énfasis en las acciones del proyecto.

II. MARCO GENERAL PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO.

En el marco de los programas de protección especial de niñas, niños y adolescentes vulnerados en sus derechos y/o que hayan presentado conductas transgresoras, se deben considerar la aplicación de los enfoques transversales aquí especificados, lo que

⁹ Documento interno Gestión Territorial.

deberá quedar reflejado en la formulación, ejecución y evaluación de los respectivos planes de intervención con los niños, niñas o adolescentes, las familias y las instancias relacionadas con el proceso interventivo.

En la formulación de la propuesta, se requiere una especial consideración a las siguientes orientaciones, como definiciones básicas que guían el quehacer del proyecto:

2.1 Marco Ético Conceptual Enfoque de Derechos Humanos: Enfoque de Derechos de la Niñez y Adolescencia

La Declaración Universal de Derechos Humanos, firmada en 1948, por los Estados miembros de Naciones Unidas, reconoce los derechos fundamentales de todas las personas y se basa en el principio que: los derechos humanos se fundamentan en la "dignidad intrínseca" de todas las personas. Esa dignidad y los derechos a la libertad y la igualdad que se derivan de ella son indisputables¹⁰.

Esta Declaración, junto con el "Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos", el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" y sus respectivos protocolos, conforman la "Carta Internacional de los Derechos Humanos"¹¹, los cuales funcionan como un marco ético-político-jurídico para los países firmantes¹².

Estos documentos reconocen derechos fundamentales como la dignidad humana, la libertad en todas sus expresiones (de conciencia, religión, expresión, entre otras), la participación en la vida pública, el derecho al trabajo, a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado, a los niveles más altos posibles de bienestar físico y mental, el derecho a la seguridad social, a la educación y el disfrute de los beneficios de la libertad cultural y el progreso científico, entre otros (SENAME, 2005)¹³.

El marco de derechos humanos implica que los Estados parte se "someten a un orden legal dentro del cual ellos, por el bien común, asumen varias obligaciones, no en relación con otros Estados, sino hacia los individuos bajo su jurisdicción"¹⁴. Es así como, los Estados parte deben realizar todas las modificaciones necesarias en el aparato público de manera de "asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos"¹⁵.

La aplicación de los derechos humanos a la que se encuentran obligados los Estados parte se rige por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad¹⁶.

Principios de Universalidad, se refiere a que todos los derechos corresponden a todas las personas por igual.

Principio de Interdependencia: los derechos se encuentran relacionados unos con otros, por lo que el respeto o violación de uno de ellos implica a múltiples derechos que se encuentran vinculados.

¹⁰ http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/_ciddh.htm

¹¹ http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/_ciddh.htm#

¹² Los dos Pactos y el Protocolo fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966. El pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo entraron en vigencia el 23 de marzo de 1976; el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 3 de enero de 1976.

¹³ Documento "Sistemas Locales de protección de Derechos de la Infancia – Adolescencia: Una Aproximación Conceptual y de Aplicación Práctica". Deprode, SENAME, 2005.

¹⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH), 24 de septiembre de 1982. En:

¹⁵ Corte IDH, Sentencia de 28 de julio de 1988.

¹⁶ <http://www.cndh.org.mx>

Principio de Indivisibilidad: poseen un carácter indivisible, el ejercicio de los derechos humanos es posible en su conjunto y no de manera aislada.

Principio de Progresividad: Implica una obligación para los Estados para avanzar progresivamente en el aseguramiento del ejercicio de los derechos y, en concordancia con ello, una prohibición respecto de cualquier retroceso en estas materias.

Dentro de los Derechos Humanos no existen jerarquías, todos tienen igual relevancia. Esto obliga a los Estados a tratarlos a todos de igual manera, dándoles la misma importancia.

En este contexto es que la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe), conceptualiza el enfoque de derecho como “un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que está basado normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y operacionalmente dirigido a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. Un enfoque de este tipo integra la normativa, principios y estándares del sistema internacional de derechos humanos en la legislación, programas, planes y procesos del desarrollo”¹⁷

Con la Declaración Universal se abre la discusión a nivel internacional, acerca de cómo generar las condiciones para grupos específicos que se encuentran en una situación de mayor inequidad y que, por tanto, requieren acciones específicas para asegurar su pleno desarrollo. En este contexto se enmarca la Convención de los Derechos del Niño (CDN), que “abarca los derechos específicos de las personas menores de 18 años”¹⁸ y “transforma necesidades en derechos colocando en primer plano el problema de la exigibilidad, no sólo jurídica sino también político – social de los derechos.”¹⁹ “En consecuencia, el niño es titular de los derechos fundamentales que las constituciones, los instrumentos internacionales y las leyes reconocen a todas las personas, y goza además de protección específica a sus derechos. En este sentido se puede afirmar que la CDN es un instrumento destinado a la no discriminación, a la reafirmación del reconocimiento de los niños como personas humanas, en toda la acepción y sin limitaciones, y responde a la necesidad de contar con instrumentos jurídicos idóneos para proteger sus derechos”²⁰.

Es así como, los Estados que han ratificado la CDN se obligan a tomar las medidas necesarias en el aspecto legal, administrativo o de otro tipo, a fin de lograr su implementación. Esto podría significar cambios en la legislación, capacitación de funcionarios, establecimiento de mecanismos de monitoreo o elaboración de nuevas prácticas y políticas”²¹ en torno a la niñez. De este modo, la CDN constituye un verdadero programa de acción para los Estados que la ratifican, destinado a proteger el desarrollo integral, a través del disfrute de los derechos que al niño se le reconocen”²².

A la vez con la CDN, se inicia una profunda reforma para adecuar su normativa interna y sus políticas públicas al espíritu de dicha Convención, transitando de la Doctrina de la Situación Irregular o Enfoque de Necesidades, a una Doctrina de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia o también denominada Enfoque de Derechos (Contreras, UNICEF, 2007). La Doctrina de la Situación Irregular, considera a

¹⁷ “La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la Cepal”, Carmen Artigas para CEPAL, septiembre 2003.

¹⁸ <http://www.sclat.org/search/publi.php?cod=6&lang=s>

¹⁹ <http://www.iin.oea.org/2004/SMD.pdf>

²⁰ Cillero Bruñol, Miguel. Infancia, Autonomía y Derechos: una cuestión de principios.

²¹ <http://www.sclat.org/search/publi.php?cod=6&lang=s>

²² Cillero Bruñol, Miguel. Infancia, Autonomía y Derechos: una cuestión de principios.

los niños/as como *objetos de protección*, por tanto las políticas sociales eran asistenciales y de beneficencia. En cambio, el Enfoque de Derechos contempla una visión de los niños, niñas como sujetos plenos de derechos (Contreras, UNICEF, 2007).

Es así, que se señala a la Convención de Derechos del Niño como un hito que produce un cambio radical en el tratamiento de la niñez, puesto que a partir de su proclamación y ratificación se comienza a considerar a niños, niñas y adolescentes como personas con capacidades y en igualdad de derechos que los adultos. Comprender a niños y niñas como sujetos, significa considerarlos como personas con capacidades, con posibilidades de comprender su contexto, de ser parte activa de la sociedad, interviniendo, aportando, demandando. Considera, también, entenderlos como agentes de transformación social, en una relación activa con su entorno que le permite producir cambios en él y en ellos mismos. Y de Derechos, comprende que niños y niñas tienen la titularidad de dichos derechos y su vinculación con los adultos no les impide ejercerlos. Además, reconoce su capacidad para tener opinión propia y sus posibilidades de expresarla en consideración de su edad y desarrollo (Instituto Interamericano del Niño, Niña y el Adolescente, 2011).

La Convención de los derechos del Niño/Niña, tiene las siguientes características:

- a. **Carácter integral y protección integral de los Derechos de los Niños y Niñas**, es decir abarca todas las dimensiones de la vida y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Los derechos se encuentran integrados, son inseparables e interdependientes, es decir, se debe tener acceso a su ejercicio en forma conjunta para asegurar el desarrollo. "Esta interdependencia, exige una protección integral de los derechos del niño, debiendo evaluarse cualquier situación de vulneración, amenaza o restricción de derechos, en la perspectiva de los efectos que producen sobre el conjunto de derechos protegidos"²³.
- b. **Autonomía Progresiva**. Esta característica apunta a la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes, sujetos de derechos, puedan ejercerlos de acuerdo a la evolución de sus facultades, su edad y madurez. Se entiende que la autonomía del sujeto es un asunto evolutivo que se construye socialmente, y que requiere de las condiciones necesarias para que él o ella alcancen el grado máximo de autodeterminación.

"Igualmente, de la consideración del niño como sujeto de derechos y del principio de la autonomía progresiva, se desprende que el niño es también portador de una creciente responsabilidad por sus actos, que permitirá no sólo afirmar que la infancia y la adolescencia son destinatarias de las normas prescriptivas y prohibitivas del ordenamiento jurídico, sino también que pueden, según su edad y la evolución de sus facultades, constituirse en responsables de sus actos ilícitos"²⁴.
- c. **De las necesidades a los Derechos**. Este es el cambio de paradigma que produce la Convención de los derechos de los Niños y Niñas, la concepción de las necesidades como derechos y, por tanto, de los niños como sujetos de derecho.

Del mismo modo, la Convención contiene ciertos principios que deben ser considerados para su efectiva aplicación:

²³ Cillero (sin año), "Infancia, Autonomía y Derechos: Una Cuestión de Principios".

²⁴ Cillero, Infancia, Autonomía y Derechos.

- a. **Interés Superior del Niño y la Niña.** Todas las medidas respecto del niño/a, deben estar basadas en la consideración del interés superior del mismo. Corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo. Se entiende por interés superior del niño el disfrute y satisfacción de sus derechos. Conforme a este principio, todo niño, niña y adolescente tiene derecho a que en las actuaciones y decisiones que les afecten, sea que ellas provengan de autoridades legislativas, judiciales o administrativas, de las organizaciones de la sociedad civil, de instituciones privadas, o de los padres o personas que lo tengan legalmente bajo su cuidado, se evalúen las posibles repercusiones de dicha actuación o decisión en el niño o niña, y que entre diversas decisiones posibles se elija aquella que satisfaga de manera más efectiva su interés superior, entendido como el disfrute y satisfacción de sus derechos.
- b. **No Discriminación.** Todos los derechos deben ser aplicados a todos los niños, sin excepción alguna, y es obligación del Estado tomar las medidas necesarias para proteger al niño de toda forma de discriminación. El Estado debe velar por el acceso igualitario de ellos a la protección de sus derechos.
- c. **Efectividad de los Derechos.** La Convención es un compromiso de los Estados parte, para adoptar todas las medidas necesarias para darle efectividad a los derechos reconocidos, hasta el máximo de los recursos de que dispongan (art. 4).

El cambio de visión que significa la Convención es reciente en comparación al largo período, en que el abordaje fue desde un paradigma que comprendía a los niños y niñas como personas “incompletas” o “menores”. De allí, que subsisten concepciones y prácticas en distintos ámbitos de la sociedad (familia, escuela, comunidad, entre otros) provenientes de ambos paradigmas que colisionan, quedando muchos desafíos en los cuales seguir avanzando, hacia la instalación de una doctrina de la protección integral de derechos (Quilodrán, 2012).

Como una forma de avanzar en ese sentido en nuestro país, la **Política Nacional de Niñez y Adolescencia**, se inicia una vez creado el Consejo Nacional de la Infancia, con la misión de “asesorar a la Presidenta de la República en todo lo que diga relación con la identificación y formulación de políticas, planes, programas, medidas y demás actividades relativas a garantizar, promover y proteger el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a nivel nacional, regional y local, y servir de instancia de coordinación entre los organismos con competencias asociadas a dichas materias”. Para la elaboración se diseñó e implementó una metodología asentada en la participación ciudadana, teniendo por objeto recoger la voz de la ciudadanía y en especial de los niños, niñas y adolescentes que habitan el país. Todo esto inserto en un esquema de mayor equidad e inclusión con un enfoque de derechos y de desarrollo humano.

La política Nacional de Niñez y Adolescencia se basa en la Convención de Derechos del Niño, y es la doctrina básica en torno a la cual Chile armoniza su ordenamiento interno y su Política de niñez; esto implica situar al niño, niña y adolescente en el centro de las políticas públicas y considerarlos(as) agentes participativos en el diseño, implementación y evaluación de éstas.

Para ello se requiere de enfoques y principios que contribuyan a la definición de criterios conceptuales y metodológicos que articulen el conjunto de leyes, políticas, regulaciones y servicios requeridos. Para el logro se sustenta en cinco enfoques y siete principios

rectores complementarios, estos enfoques interpelan a todas las políticas, los planes y programas destinados a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, donde el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de los mismos, identifican el impacto en el desarrollo de ellos(as) y en el cumplimiento de los principios de la Convención; resguardando así que la niñez y la adolescencia sean una prioridad efectiva.

Enfoques de la Política de Niñez y Adolescencia: El Enfoque de Derechos es el eje central de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia y emana directamente de la Convención, por ser ésta el instrumento de Derechos Humanos que consolida esta Política. Por tanto, la incorporación de otros enfoques como: Desarrollo Humano, Curso de Vida, Enfoque Intercultural y Género, complementan el Enfoque de Derechos.

Así mismo, La Política Nacional de Niñez y Adolescencia contiene como eje central Principios Rectores que son los soportes básicos sobre los cuales se sostiene toda acción y/o decisión que se emprenda en materia de niñez y adolescencia, o que afecte su desarrollo y el ejercicio de sus derechos. En términos generales, ellos emanan de la normativa internacional en materia de derechos de la niñez y adolescencia. Estos son: Ser Sujeto de Derechos; El Interés superior del Niño y la Niña; Autonomía Progresiva; Igualdad y No Discriminación; Participación y Derecho a ser Oído; Vida, Desarrollo y Entorno Adecuado y por último el Rol del Estado, la Familia y la Sociedad en su conjunto en la Garantía de Derechos.

La Política se orienta a la Protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y al ejercicio pleno de estos.

Otro aporte que se desprende desde la Convención en materia de **Prevención de las violencias y el delito**, se puede destacar lo señalado en los artículos 32 al 36 de la Convención de Derechos, relativo a las acciones que a los Estados partes corresponden para la protección de los niños y niñas contra las distintas formas de maltrato y explotación. A su vez, en su Artículo 39 señala que:

"...los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño."

Para el caso de niños/as o adolescentes que participan en situaciones de violencia o delictivas, el artículo 41, punto 3 indica que:

"Los Estados Partes, tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones específicos para los niños de quienes se alegue que han infringido las leyes penales o a quienes se acuse o declare culpables de haber infringido esas leyes, y en particular:

- a. El establecimiento de una edad mínima antes de la cual se presumirá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales;
- b. Siempre que sea apropiado y deseable, la adopción de medidas para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, en el entendimiento de que se respetarán plenamente los derechos humanos y las garantías legales."

De lo anterior, cabe destacar la relevancia del desarrollo de acciones preventivas, que por una parte, promuevan el bienestar de niños, niñas y adolescentes y respondan a la provisión de servicios de protección, restitución de derechos y reparación de daños asociados a vulneraciones de derecho, y que por otra promuevan la generación de

respuestas que no recurran al ámbito judicial, asegurando al mismo tiempo que dichas respuestas estarán ajustadas a un enfoque de derechos.

Estos principios centrales, también son planteados en Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores o Reglas de Beijing (1985) y en las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil, o Directrices de Riad (1990).

Las Reglas de Beijing (1985), en sus orientaciones generales apuntan al rol de los Estados miembros para que, en el desarrollo de una política social, se procure promover el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, la generación de condiciones para el desarrollo, que mantenga a éstos al margen de la exposición al delito y la delincuencia y la articulación de diversos recursos disponibles, para el desarrollo de intervenciones, para población en problemas con la justicia que reduzcan la intervención desde el ámbito jurídico, incluyendo de este modo de manera prioritaria a la familia, la escuela y organismos comunitarios.

Es importante destacar que estas reglas se consideran extensibles a todos los niños, niñas y adolescentes, en lo referido a los procedimientos relativos a la atención y a su bienestar (Regla 3.2), y no sólo a aquellos involucrados en situaciones de violencia o delitos.

Por su parte, las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil, o Directrices de Riad (1990), declara que el desarrollo de una política y medidas de prevención, deben incluir un especial énfasis en el otorgamiento de un soporte para el adecuado desarrollo y la atención de las diversas necesidades de los niños, niñas y adolescentes, en particular para quienes están en situaciones de mayor riesgo o vulnerabilidad y requieren *"de cuidados y protección especiales"* (Principio 1.5.a).

Tanto la Convención sobre los Derechos del Niño/a, como las Directrices de Riad y las Reglas de Beijing, indican la necesidad de favorecer el desarrollo de acciones que eviten el ingreso de los niños/as y/o adolescentes al sistema judicial, al menos frente a prácticas transgresoras que no constituyan delitos o bien frente a delitos de menor gravedad. Así, el documento de trabajo "Los Niños, los Jóvenes y la Delincuencia" del 12º Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Justicia Penal (Salvador, 2010) señala en su punto 32 que:

"...muchos programas elaborados completamente al margen del sistema de justicia penal, en las escuelas o en la comunidad, pueden brindar a la comunidad una oportunidad de dar una respuesta educativa apropiada a los delitos leves y otros conflictos, sin tachar oficialmente de delictivo un determinado comportamiento o a una determinada persona".

En resumen, a partir de lo indicado en los párrafos anteriores, es posible establecer algunos criterios fundamentales para el desarrollo de acciones desde un enfoque de derechos, frente a población infanto-adolescente que presenta conductas transgresoras, y que dicen relación con:

1. Relevar el marco de acción en torno a la protección de los derechos y la promoción del bienestar y el ejercicio de derechos de los niños, niñas y adolescentes, en base al respeto a los principios de la Convención;
2. El énfasis promocional y en la integración en lugar de la socialización y el control;
3. El lugar clave de la familia en el desarrollo de cualquier acción preventiva y promocional;

4. El acercamiento a la presencia de conductas transgresoras como prácticas frecuentes propias del desarrollo evolutivo y que en forma minoritaria resulta persistente en la vida adulta;
5. El desarrollo de acciones que sólo recurran al ámbito judicial en casos estrictamente necesarios, evitando la estigmatización;
6. La articulación a nivel comunitario con otros actores que favorezcan procesos de integración y provisión de servicios, que apunten a la satisfacción de las distintas necesidades de los niños/as y adolescentes y sus familias; y,
7. El lugar clave de la participación de los niños, niñas y adolescentes, tanto como derecho a restituir y promover, como una estrategia efectiva para la prevención.

2.2. Marco general para la acción interventiva.

2.2.1 Participación

Con la firma de la Convención de Derechos del Niño (en adelante CDN), el Estado de Chile se obliga a promover el ejercicio de un conjunto de derechos de la niñez y adolescencia, dentro de los cuales se encuentra el derecho a la participación que está consagrado en diversos articulados, especialmente en el art. 12 referido, a la consideración de la opinión del niño y la niña en los diversos asuntos que le afectan.

En congruencia con lo anterior, se espera que el Programa desarrolle una intervención que involucre activamente a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, considerando su opinión, haciéndolos partícipes durante todo el proceso de intervención que se desarrolle en el Programa.

A continuación se entregan algunos aspectos conceptuales que orientarán el desarrollo y línea base para la construcción de los proyectos. El Instituto Interamericano del Niño, la Niña y el Adolescente, Organismo Especializado de la OEA²⁵ (IIN, 2010, pág. 14-20), plantea ciertas consideraciones respecto de la participación. A continuación se señalan las que aparecen como orientadoras para el operar de los distintos componentes del Programa 24 Horas:

La Participación como un eje del paradigma niño, niña como sujeto de derecho.

Los diversos artículos contenidos en la CDN, que aluden al derecho a la participación desmiente la concepción tradicional de la niñez, como estado de incompletitud o deficiencia, para instalar una nueva perspectiva en que el niño es un ser pensante, capaz de formarse juicios, de tener ideas propias en función del grado de desarrollo alcanzado (principio de autonomía progresiva). En suma: se abre a la consideración de un niño a persona.

Se reconoce que el ejercicio del derecho a la participación, genera un cambio de paradigma en el tratamiento de la niñez y adolescencia, puesto que las acciones desarrolladas para su promoción, requieren ser realizadas en conjunto con los niños y niñas, reconociéndoles capacidades propias, con posibilidad de opinar y de formarse un juicio, de acuerdo a su edad y, en este contexto, el rol del adulto es generar las condiciones para que esto sea factible.

La Participación como necesidad para el pleno desarrollo psicosocial.

²⁵ Organización de Estados Americanos

El supuesto a la base es que las personas son seres sociales y que, por tanto, la participación es una necesidad humana y una condición para su desarrollo pleno. Aspectos centrales del desarrollo personal, como la autoestima, la posibilidad de mantener conductas autónomas, el respeto y la consideración hacia los otros se ven fortalecidos y alimentados con las experiencias participativas que el niño o niña tenga oportunidad de vivir durante su desarrollo.

Para los niños/as y adolescentes, la participación les permite vivenciar de manera muy concreta el ser sujetos de derechos²⁶ Además, les permite desarrollar ciertas habilidades sociales que facilitan su vinculación con el entorno, con los adultos y con los pares, así como también fortalecen su autoestima²⁷.

De manera operacional, se espera que se considere el criterio de participación al menos de la siguiente manera: no solo consultar, sino que considerar la opinión de los niños, niñas y adolescentes en las distintas etapas de intervención, tomando en cuenta la etapa del desarrollo en la cual se encuentre.

Involucrar activamente a las familias a través de todas las fases de la intervención, empoderándolas para que asuman proactivamente su rol en el proceso interventivo. Involucrar a otros adultos del entorno familiar y comunitario que puedan aportar al proceso de restitución, favoreciendo que asuman un rol de co-garantes de derechos de los niños/as y adolescentes usuarios/as.

La participación como un factor protector frente a vulneraciones de derechos.

La participación infantil y adolescente influye en los sistemas de protección de derechos. Se ha constatado que ante mayor participación, baja el nivel de vulnerabilidad y riesgo.

Retomando las dos consideraciones señaladas anteriormente, si la participación es central para que el niño, niña o adolescente sea reconocido como sujeto y le abre las posibilidades a expresarse sin ser mediado por el adulto, entonces disminuye los factores de riesgo de sufrir vulneraciones de sus derechos y, si ocurrieran, podrá identificarlas como tales y pedir ayuda. No obstante, como los niños, niñas están en una condición de asimetría de poder, el cual se concentra en el adulto, se requiere también incorporar en las acciones de prevención y formación a los adultos.

Se requiere que niños, niñas y adultos tengan la posibilidad de incluirse en espacios de formación acerca del enfoque de derechos, pero también de participar, cuando sea posible, de espacios intergeneracionales que les permitan intercambiar sus visiones acerca de la niñez y adolescencia, así como ejercitar la escucha mutua, especialmente por parte de los adultos. Lo anterior, considerando todos los resguardos que correspondan para generar un espacio de participación protegido.

De manera complementaria con lo anteriormente expuesto, es pertinente considerar lo propuesto por Diego Palma (1999), el cual plantea que la **Participación Sustantiva**, es la que permite la realización de las personas y profundizar su ciudadanía, de lo contrario

²⁶ Este es uno de los principales hallazgos de la investigación realizada por Andrea Quilodrán (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 optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Comunitaria. Universidad de Chile

²⁷ Estas aseveraciones, son parte de algunos de los hallazgos surgidos en la realización de grupos focales con niños y niñas participantes de Programas de Prevención Comunitaria, en el año 2011.

se produce una instrumentalización de los sujetos por parte de los programas que se supone tienen un componente participativo. Entonces, la participación sustantiva surge en el encuentro de dos dinámicas:

- La capacidad de participar: actitudes y habilidades que han desarrollado las personas a través de la práctica, así como de la reflexión acumulada y que la aportan cuando son invitados a incorporarse a los programas.
- Las oportunidades de participar: que el programa considere la especificidad del grupo que participa.

Por lo tanto, se puede señalar que se da una participación sustantiva, cuando **hay un ajuste entre las capacidades para participar y las oportunidades que se brindan**. Entonces, el equipo ejecutor, tendrá que generar las condiciones y diseñar mecanismos acordes a las características específicas de sus sujetos participantes, como género, edad, etnia, características culturales, entre otras.

De manera operacional, se espera que se considere el criterio de participación, al menos de la siguiente manera:

- No solo consultar, sino que **considerar la opinión** de los niños/as y adolescentes en el diagnóstico y evaluación parental/marental. Así como también, en la **co-construcción del plan, su ejecución, evaluación y plan de sustentabilidad**. Todo lo anterior, tomando en cuenta la etapa del desarrollo en la cual se encuentre.
- Involucrar **activamente a las familias** en todo el proceso de intervención, desde la acogida hasta el egreso. Empoderándolas para que asuman proactivamente su rol en la restitución de derechos.
- Involucrar a otros adultos del entorno familiar y comunitario que puedan aportar al proceso de restitución, favoreciendo que asuman un **rol de co-garantes de derechos** de los niños/as y adolescentes usuarios/as.

2.2.2 Redes

El enfoque de redes o trabajo en red es considerado como un aporte a la intervención social, considerando la importancia del tejido social en torno a la resolución de fenómenos sociales. Desde los planteamientos de Raúl Castillo (2009, p.152) una red social no es sólo una instancia para reunirse entre varios participantes, sino que su apuesta es la de un objetivo en común que los motive a reunirse, es por ello que la red o las redes no se construyen sino que se revitalizan, en cuanto aparece un objetivo movilizador para lograr.

Frente a ello, el objetivo del enfoque de redes es el fortalecimiento del lazo social promoviendo nuevos aprendizajes a partir de una práctica social diferente (Dabas, 2011, p.40). El Programa 24 horas contempla características que promueven un enfoque de redes a partir de la gestión intersectorial, generando instancias de complementariedad no sólo a nivel del circuito 24 horas sino también a nivel local, lo cual se conforma como un recurso positivo para el logro de objetivos.

En relación a lo anterior, la práctica profesional no sólo contempla las acciones o procedimientos empleados en la intervención social sino que también la capacidad de reflexión que se generan al interior del trabajo en red, manifestando entonces el ejercicio de una racionalidad alternativa (Shon citado en Gil, 2015, p. 192) la cual apunta a que los mecanismos, los medios, los procedimientos, las reflexiones, el pensamiento, la duda

y la pregunta son los elementos claves que permiten construir comprensiones sobre las realidades y guiar la acción.

De acuerdo a ello, las instancias de Mesas de Gestión de Casos, las coordinaciones que realizan los equipos con las redes locales y así mismo el trabajo comunitario desde el enfoque de redes, es visualizado como un espacio de vínculo social acompañado de la gestión social y colaboración entre sus miembros. Por tanto, las redes en su ejercicio, evocan las siguientes características: el aspecto vincular de las relaciones intersubjetivas —las redes como forma de vinculación social—, el ejercicio particular de desarrollo de una gestión social, que implica la colaboración y el apoyo entre quienes lo realizan —trabajo en red—, y la manera como se entrelazan distintos significados para interpretar y explicar la experiencia cotidiana —tramas de significado (Perilla y Zapata, 2009, p.150)

Al contemplar estas características el enfoque de redes no sólo atañe a una estrategia de intervención social en términos de coordinación con otros -los cuales se puede encontrar “dentro del circuito 24 horas o fuera de él”- para la consecución de logros de objetivos, sino que cada miembro del colectivo se enriquece a través de múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (Dabas, 2006, p. 42)

Para la consecución del trabajo en red en la intervención es importante considerar lo siguiente (Dabas, 2001, p 27-29):

1. La *organización de la intervención*, considerando que al iniciar esta etapa hay sucesos que se están desarrollando, por tanto la intervención no es borrón y cuenta nueva, ante ello es importante tener capacidad autorreflexiva, pensar el “para qué” de la intervención y el hasta el “cuándo”.
2. La *organización en torno de los problemas*, es decir, al considerar un problema definido por los integrantes, es el mejor camino de acceso al crecimiento de la capacidad de autoindependencia por su resolución, hace factible la elaboración de una metodología y/o tecnología propia, conformando la posibilidad de la transformación de la persona-objeto a la persona-sujeto.
3. La *generación de una historia común*, la comprobación de que en la diversidad de historias y situaciones se va definiendo un problema común, es el que da sentido a ese estar juntos.
4. *Propuestas y alternativas*, considera una dimensión temporal en cuanto a su evolución, y por otro lado una dimensión constructiva en cuanto a la utilización de los recursos disponibles.
5. La *consolidación de alternativas*, contempla un espacio para realizar modificaciones, confrontar ideas, entre otros, dándose cuenta que es complejo la resolución de todos los problemas, pero se releva el aprendizaje social en aquellas situaciones.

En relación a lo anterior, y considerando los contextos particulares donde se desarrolla el Programa 24 horas, la concepción de los lazos sociales, la cohesión y la participación es variada, ante ello el enfoque de redes promueve la restitución comunitaria, como un

modo de recuperar las modalidades sociales de resolución de situaciones que son percibidas como problemas y generan nuevos procesos de producción de subjetividad, así como el desarrollo de organizaciones que se visualicen a sí mismas como redes y trabajando en red (Dabas, 2011, p. 40).

2.2.3 Género

En el entendido que el Enfoque de Género se encuentra dentro del paradigma de Derechos Humanos, es que se entenderá como una construcción socio-cultural, que se realiza a partir de las diferencias biológicas de cada sexo. Es una producción cultural que incluye características emocionales intelectuales y de comportamiento del ser hombre y mujer, de ser niño o ser niña. También incorpora como se espera se establezcan las relaciones entre hombres y mujeres, niños y niñas. Puede variar culturalmente y a través del tiempo, así como se aprende a través de procesos de socialización (Cáceres, 2010; Emakunde, 1998; GIZ, 2011; Obach, 2011; PNUD²⁸, 2010).

Así como el género alude a lo que se espera del ser mujer y ser hombre en cada sociedad, también refiere a las relaciones entre ambos. Es importante entender que estas expectativas han estado cargadas de estereotipos que limitan las posibilidades de actuación y de desarrollo para hombres y mujeres. Los **estereotipos** son ideas o creencias que dictan lo que es apropiado y no para cada género, estableciendo ámbitos de desarrollo y limitando la intervención en otros espacios (Obach y otros, Sename 2011). Estos estereotipos y mandatos sociales se han traducido en **inequidades de género**, es decir, que a partir de diferencias biológicas entre hombres y mujeres se otorga una valoración distinta a cada uno, produciéndose una sobrevaloración de lo masculino y una subvaloración de lo femenino (idem).

Lo interesante de revisar estas diversas conceptualizaciones es comprender que son construcciones culturales y que NO son parte de la naturaleza humana. Por tanto, se pueden de-construir para propiciar otras que promuevan la equidad de género.

La **equidad de género**, hace referencia a que hombres y mujeres, con independencia de sus diferencias biológicas, tienen derecho a acceder con justicia e igualdad, al uso, control y goce de los bienes y servicios de la sociedad, como también a participar de la toma de decisiones en los distintos ámbitos de la vida y de la sociedad. Asimismo, la equidad de género implica, por un lado, la aceptación de las diferencias, y por otro, de la igualdad en derechos; buscando un equilibrio en que ningún sexo se beneficie en perjuicio del otro (Obach y otros, Sename 2011).

El PNUD utiliza el concepto de **igualdad de género**, haciendo referencia a "la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres, niñas y niños. Igualdad no significa que las mujeres y los hombres lleguen a ser la misma cosa, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de si acaso ellos han nacido con sexo masculino o femenino. La igualdad de género implica que los intereses, necesidades y prioridades de mujeres y hombres son tomados en cuenta, reconociendo la diversidad de los diferentes grupos de mujeres y hombres. La igualdad entre mujeres y hombres es vista al mismo tiempo como un asunto que concierne a los Derechos

²⁸ Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo.

Humanos y como una precondition e indicador del desarrollo centrado en las personas" (PNUD 2001b en PNUD 2010, p 29).

Se puede señalar, a partir de las conceptualizaciones entregadas que, en este caso, equidad e igualdad de género apuntan a la igualdad en derechos en la sociedad entre hombres y mujeres, y por lo tanto, también, de niños y niñas.

El género como concepto incluye por tanto **a las masculinidades y feminidades, a hombres y mujeres, a las relaciones entre ellos, y al contexto estructural que refuerza y crea estas relaciones de poder** (Aguayo y Sadler, 2011).

El concepto de **masculinidades**, hace referencia a cómo los hombres son socializados, a los discursos y prácticas que se asocian con las diferentes formas de ser varón. Es así que, en la cultura occidental, se promueve un modelo de género que otorga mayor valoración a lo masculino por sobre lo femenino. Se incentiva a los hombres comportamientos como la competitividad, demostración de virilidad, la búsqueda del riesgo y el uso de la violencia en determinadas circunstancias. El estereotipo del modelo masculino preponderante hace referencia a que, para que un hombre sea *considerado como tal* debe ser fuerte, activo, no expresar emociones como el miedo y ser un jefe de hogar- proveedor (Obach y otros, Sename 2011).

Considerando la problemática que representa para el desarrollo de niñas, niños, y adolescentes la temática de género, y atendiendo a lo señalado por el Comité de los Derechos de Niño, en la Observación General No 13, donde se señala que: "Los Estados deberían hacer frente a todas las formas de discriminación de género en el marco de una estrategia amplia de prevención de la violencia. Esto significa luchar contra los estereotipos basados en el género, los desequilibrios de poder, las desigualdades y la discriminación, factores todos ellos que contribuyen a perpetuar la utilización de la violencia y la coacción en el hogar, la escuela y los centros educativos, las comunidades, el lugar de trabajo, las instituciones y la sociedad en general. Deben alentarse activamente las asociaciones y alianzas estratégicas entre niños y adultos de sexo masculino, dando a estos, al igual que a las mujeres y las niñas, oportunidades de aprender a respetar al otro sexo y a poner fin a la discriminación de género y sus manifestaciones violentas.", es que consideramos imperativo que en esta modalidad se aborde esta temática en los distintos niveles de intervención, así como en la formación y análisis de prácticas de los equipos ejecutores.

Si se pretende desarrollar prácticas de género que aporten a la equidad o a la igualdad en derechos de hombres y mujeres, se requiere partir reconociendo y problematizando las propias representaciones. "Pero no se trata de un trabajo fácil. Las representaciones no son estáticas, cual muros en el camino que basta con derribar para despejar la vía o construir otras cosas en su lugar; son dinámicas, reaccionan, resisten, se reacomodan o adaptan, a veces parecen desaparecer pero retornan por caminos impensados. Además, tienen capas muy duras, muy lentas de penetrar" (PNUD, 2010, p91). Lo cual implica reconocer que las representaciones que tienen los propios interventores, las familias, los niños y niñas acerca de lo que es "ser hombres" o "ser mujeres", son construcciones socio -culturales que requieren ser problematizadas para evitar los estereotipos de género.

Respeto a la diversidad sexual

La Convención de Derechos del Niño en su artículo 2 define el respeto de los derechos para cada niño, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o

social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, sus padres o de sus representantes legales.

Por otra parte, la Organización de los Estados Americanos (OEA)²⁹, aprobó una resolución sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género en los países de las Américas. En dicha resolución, se condenan los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género, y se alienta a los Estados miembros a considerar medios para combatir la discriminación contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género³⁰.

Posteriormente, en nuestro país se decreta la Ley 20.609 de 2012, que sanciona la discriminación arbitraria, y es un aporte a la aceptación de la diversidad.

La alta prevalencia de suicidios de adolescentes en nuestro país, en algunos casos se ha vinculado a situaciones de bullying homofóbico y falta de apoyo social a jóvenes que presentan una orientación sexual diferente de la heterosexual (Fundación Todo Mejora, 2013).

La OMS (Organización Mundial de la Salud), realiza una definición de sexualidad amplia y ligada a distintos aspectos de la identidad de las personas, la cual aparece mencionada en la Fundación Todo Mejora:

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos tales como el sexo, la identidad de género y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones.” (Fundación Todo Mejora, 2013).

La Fundación Todo Mejora (2013) señala que la sexualidad es la descripción y valoración que hacen de sí mismas las personas en las siguientes dimensiones:

- **Biológica o Identidad con el Sexo:** se refiere al reconocimiento y aceptación de sí mismo(a) con la categoría asignada según las características biológicas con que se nace, que sitúan a la persona siendo hombre o mujer. En esta categoría en pocas oportunidades se da la intersexualidad, referida a inconsistencia entre las gónadas y los genitales externos, lo que requiere un proceso de definición.
- **Social o Identidad con el Género:** se refiere al grado de afinidad y conformidad que se tiene con las expectativas y normas establecidas en el contexto social y que definen las formas de comportarse para hombres y mujeres, es decir con lo que se considera masculino o femenino.
- **Motivacional o Identidad con la orientación sexual:** referida al sexo de las personas por las cuales nos sentimos atraídos(as) física, emocional y sentimentalmente. Se han definido tres posibles categorías de orientación sexual: heterosexual, homosexual y bisexual. La orientación sexual se vincula entonces a

²⁹ 40ª Asamblea General del 8 de junio de 2010. OEA.

³⁰ Índice compuesto de estigma y discriminación hacia hombres homosexuales, otros HSH y mujeres transgénero en Chile (ICED). ONU SIDA, ONU, UNESCO, Vivo Positivo, Gobierno de Chile, ASOSIDA. Enero 2013.

la disposición afectiva, erótica y psicológica hacia donde una persona dirige sus deseos sexuales.

Las personas con orientación **heterosexual**, son aquellas que se sienten atraídas, física, emocional y sentimentalmente, por individuos del otro sexo.

Las personas con orientación **homosexual**, son aquellas que se sienten atraídas, física, emocional y sentimentalmente, por individuos del mismo sexo, se habla de lesbianas en caso de las mujeres y gay en caso de los hombres.

Las personas con orientación **bisexual**, son aquellas que se sienten atraídas, física, emocional y sentimentalmente, tanto por hombres, como por mujeres.

Una experiencia o actividad sexual con una persona del mismo sexo no implica que la persona se identifique o pueda ser identificada como homosexual, ya que la conducta puede no implicar las dimensiones sentimental y emocional.

El término **Trans** es usado para todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género: transexual y transgénero.

Transexual: las personas transexuales sienten una profunda discordancia entre su "sexo biológico" y su "sexo psicológico", al punto de rechazar sus órganos genitales. Estas personas logran su bienestar y tranquilidad al poder modificar su corporalidad acorde a lo que piensan y sienten de sí mismos.

Transgénero: también sienten la discordancia entre su sexo biológico y su sexo psicológico, pero no sienten rechazo hacia sus genitales, por ello logran su bienestar y tranquilidad al poder expresar su género, que no es el que se espera socialmente de acuerdo a su sexo.

La identidad sexual no se elige, sino que **se descubre**, lo que se elige es lo que se hace con lo que se conoce de sí mismo(a).

Género y familia

La construcción social de lo femenino y lo masculino, y el papel que tienen mujeres y hombres en la sociedad, se aprende como parte de un proceso de socialización que parte en la familia y que es reforzada por las instituciones sociales (Meza, L. y Mata, L. s.f).

Si reconocemos que la familia es el primero y principal espacio de socialización³¹ de género, es indispensable que los programas sociales aporten a la reflexión y problematización de las prácticas que sostienen la desigualdad de género en este ámbito.

El PNUD, reconoce en su informe del año 2010 que se ha avanzado en cambios políticos e institucionales en el ámbito público. No obstante, en el ámbito privado persisten prácticas difíciles de erradicar. Más aún, en sus conclusiones plantea que uno de los núcleos duros que impiden mayores avances es la violencia de género. La "estructura tradicional otorga a los hombres el recurso de la violencia física y psicológica para ejercer el mandato de sostener el orden jerárquico basado en las diferencias sexuales. Esta violencia ha sido legitimada a lo largo de la historia por el peso de las costumbres, de los

³¹ Se entenderá por socialización "un aprendizaje social dinámico, que implica una constante interacción y búsqueda de equilibrio entre las necesidades personales y las demandas del ambiente, se constituye en un proceso de vital importancia para la formación de la identidad de género" (Navas en Meza, L y Mata, L sin año.)

discursos sociales o códigos legales permisivos, y también por el silencio de víctimas y testigos. Una forma básica de esta legitimación ha sido situar la violencia como asunto propio del ámbito privado y personal, fuera del alcance de las regulaciones públicas. Sin embargo, dicha imagen tradicional ha sido cuestionada profundamente durante las últimas tres décadas y el silencio ha empezado a dar paso a las denuncias” (PNUD 2010 .p99).

Abordar las vulneraciones de derechos de la niñez y adolescencia que surgen en el contexto familiar, así como también, fortalecer las competencias de los adultos responsables desde un enfoque de género, pueden contribuir a la equidad de género y a interrumpir las dinámicas de violencia transgeneracional en las familias.

Orientaciones prácticas para incorporar el enfoque de género en esta modalidad:

Se espera que los organismos colaboradores, en conjunto con los equipos, implementen estrategias transversales con enfoque de género, que recojan sus aprendizajes y formación en la temática. No obstante, a continuación se plantean recomendaciones a realizar por el programa, las cuales deben ser considerados como mínimos sugeridos:

- Formación y reflexión permanente del equipo interventor en temáticas de género. Se sugiere realizar una problematización periódica respecto de las representaciones de género de los profesionales y técnicos, así como estar alertas a las creencias o estereotipos que refuerzan las inequidades de género en la intervención.
- Incorporar abiertamente en el trabajo con los niños, niñas, adolescentes y sus familias el enfoque de género, mediante las técnicas que el equipo considere pertinentes. Se espera que se realice una revisión de las relaciones de género transgeneracionales.
Como temas guías para la problematización, se proponen: reflexión acerca de las representaciones de cada género que posee la familia atendida, representaciones acerca de los que es “ser padre” y “ser madre” en esa familia, enfatizando en las exigencias disímiles que se pueden estar atribuyendo a cada uno de estos roles en la crianza, y si éstas responden a patrones transgeneracionales. Además, caracterización de la relación que establece la madre o quién asume ese rol con los hijos y/o hijas, dependiendo del caso, y caracterización de la relación que establece el padre o quién asume ese rol con los hijos y/o hijas, dependiendo del caso. Revisar la vinculación de las representaciones de género, el ejercicio de la parentalidad y parentalidad con las vulneraciones de derechos que originaron la intervención del programa, entre otros temas a analizar.
- Considerar en la evaluación diagnóstica cómo se ejerce la parentalidad y la parentalidad en las familias usuarias y los mandatos de género asociados. En los casos en que una de las dos figuras representadas esté ausente, se espera revisar las representaciones presentes en los discursos respecto a dicha figura.
- Reforzar la incorporación de figuras adultas femeninas y masculinas en todo el proceso de intervención. Para ello se requiere flexibilizar los horarios de manera de facilitar el acceso a la atención, pero también, resguardar que en los distintos momentos de intervención estén incorporadas las visiones y acciones para el cambio de hombres y mujeres.
- Co-diseñar los espacios grupales tanto con adultos como con los niños, niñas y adolescentes, considerando los intereses y características de ambos sexos. Además, intencionar que en las instancias colectivas se problematice representaciones y estereotipos que impidan la equidad de género.
- Incluir en los planes de intervención instancias tanto a nivel individual como familiar de educación sexual, incluyendo temáticas como prevención del embarazo

adolescente, vinculación de afectividad y sexualidad, y conocimiento y aceptación de la diversidad sexual.

2.2.4 Intervención familiar con adolescentes

En reciente estudio de SENAME y Universidad Alberto Hurtado (2016) sobre el Programa 24 Horas, se observa que el 75% de la población atendida por los programas especializados se encuentra sobre los 16 años, lo que da cuenta de la necesidad de poner especial énfasis en estas edades, centrándose en cómo fortalecer las intervenciones con adolescentes, ya que representan un desafío en cuanto a sus intereses, motivación por participar de este tipo de intervenciones, la vinculación que establecen con el mundo adulto y que los adultos establecen con ellos, entre otros elementos que ponen a prueba a las estrategias tradicionales de intervención.

Según lo señalado en Mesas Técnicas realizadas durante el año 2016, para los/as profesionales representa un desafío adicional el trabajo con familias con hijos adolescentes, ya que se tiende a asociar a los adolescentes con conductas cuestionadas por el mundo adulto, como desafíos a la autoridad y transgresión de normas en distintos espacios (casa, escuela, barrio, etc). Desarrollando una visión sobre ellos que se focaliza en aspectos negativos, lo que sumado a los conflictos propios de la historia familiar, va provocando o acentuando un distanciamiento de la función parental por parte de sus adultos responsables, tendiendo a mostrar indiferencia hacia las conductas de los/as adolescentes, otorgándoles altos niveles de autonomía y responsabilidad sobre sus acciones, lo que a su vez dificulta que se involucren activamente en la intervención de PDC, por la frustración que experimentan, estrés y la baja visualización de cambio, produciéndose paulatinamente una suerte de renuncia a la función parental en todos sus ámbitos (afectivo, normativo, educativo, etc).

Esta visión negativa respecto a la adolescencia no es sólo algo propio de las familias que son sujeto de atención del Programa, sino un fenómeno social generalizado, en que se tiende a asociar al adolescente a conductas de riesgo, así como a relaciones familiares conflictivas (Rodrigo et al. , s.f). Esta misma visión podría dificultar las intervenciones que se realizan con adolescentes, en tanto, genera por una parte mayores resistencias en los distintos sistemas de los que participan los adolescentes. Es por esto que Rodrigo et al. (s.f) proponen un modelo de intervención en que se **traslade el foco de lo negativo a lo positivo**, basado “en la idea de que hay que aprender a disfrutar con nuestros hijos e hijas adolescentes. La adolescencia es una **etapa más que hay que vivir en familia**. Todas las personas, y los adolescentes no son una excepción, tienen su potencial de desarrollo positivo y saludable” (p. 10).

Es necesario entonces redoblar los esfuerzos para generar estrategias de intervención que motiven la participación tanto, de los adolescentes como de sus familias en el Programa, para generar un acercamiento entre ellos, favoreciendo su desarrollo. Este acercamiento requiere de intervención –por lo menos- en ambos sistemas: adolescente y familia, pues tomando elementos que entregan los enfoques sistémicos y la definición de parentalidad positiva, la invitación es a relevar “*el carácter bidireccional que caracteriza las relaciones entre padres e hijos, ya que si bien es cierto que las conductas parentales influyen sobre el desarrollo adolescente, no lo es menos que los comportamientos y actitudes del adolescente tienen su impacto en el estilo parental*” (Oliva, Parra y Arranz, 2008, p. 96). Esto bajo ninguna circunstancia debe confundirse con responsabilizar a los adolescentes por las conductas de su entorno, sino que se trata de reconocer el rol activo que tienen dentro del sistema familiar, en oposición a un rol más pasivo que se les ha atribuido en marcos más tradicionales. Los cambios de los adolescentes pueden impactar

en el sistema familiar, por lo que podrían transformarse en un ancla para promover y desarrollar cambios en el ejercicio de la parentalidad de sus adultos responsables; los cambios en el sistema familiar, en la manera que tienen estos adultos responsables de ejercer la parentalidad, pueden a su vez impactar al adolescente.

La intervención que se realice, debiese estar orientada a reducir la distancia que pueda existir entre adolescentes y su familia, considerando primeramente a quienes ejercen el rol de adultos responsables, pero incorporando también a todos aquellos con quienes se pueda generar o fortalecer un vínculo que pueda representar un factor protector para su desarrollo. El rol que en este sentido puede tener el programa, tiene que ver con constituirse en una fuente de apoyo para la familia en el tiempo que dure la intervención, activando las redes de apoyo que les permitan mejorar las condiciones psicosociales en las que desarrollan su parentalidad, pero sobretodo **fortaleciendo el vínculo afectivo entre la familia y el adolescente**, lo que necesariamente implica realizar un trabajo educativo con la familia respecto al momento evolutivo en que se encuentra dicho adolescente y sus características personales, de manera tal que la familia pueda contar con mayores herramientas sobre cómo vincularse con él/ella, teniendo expectativas realistas respecto a sus conductas, e incorporando estrategias adecuadas a las necesidades particulares de ese adolescente. Como señala Rodrigo y otros: "Apoyar y reforzar las actuaciones parentales puede contribuir a la reducción de muchos de los problemas de ajuste interno y externo característicos de los adolescentes en riesgo y les facilita una transición más saludable y favorable al mundo adulto" (Rodrigo et al. , s.f, p. 7); el apoyo educativo a la familia tendrá mayor efectividad si se utilizan estrategias que impliquen horizontalidad, en la relación con quienes intervengan, y experiencias de aprendizaje vivenciales, que incluso lleven a la persona a recordar su propia adolescencia, en oposición a estrategias en que el interventor se sitúa desde una posición vertical, como quien tiene la verdad sobre el conocimiento y lo transmitirá a la familia sin participación de ésta (M.P Badilla, comunicación personal, 29 de diciembre, 2016)³². La intervención en general se verá favorecida, si el posicionamiento que asumen quienes intervienen se desarrolla desde un lugar de apoyo, empatía y aceptación en lugar de juicio hacia la familia, entendiendo que se requiere atraer a la familia al proceso de intervención, en lugar de alejarla generando resistencias, y que finalmente se trata de personas que probablemente han atravesado historias de dolor, dificultades y vulnerabilidad constantes, contando con escasas oportunidades para el desarrollo de sus competencias.

En cuanto a la intervención directa con adolescentes, se requiere generar espacios que sean atractivos para ellos, lo que en la experiencia de los propios programas y de profesionales expertos tienen que ver con actividades de tipo grupal, generalmente vinculadas al arte y deporte, donde ellos/as tengan amplio protagonismo en cuanto a las decisiones de temáticas y acciones a desarrollar. Es relevante reconocer el potencial de estos espacios para trabajar temáticas de manera subyacente, como el desarrollo de habilidades sociales, protagonismo adolescente, adherencia a la intervención, encuentro con la familia, etc. Esto además va a favorecer el desarrollo de un vínculo de confianza que se requiere, para realizar intervenciones en el ámbito individual.

Los adolescentes que participan del proyecto, se encuentran en un punto clave de su vida en que están llegando a la adultez, por lo que trabajar ciertas temáticas específicas, como lo es la *vida independiente*, es fundamental para favorecer su desarrollo positivo en un futuro que es inmediato. En este punto es necesario reconocer que cada adolescente tiene un nivel particular de distancia con su familia, que en algunos casos es más

³² Entrevista personal con María Paz Badilla, Terapeuta Familiar y Coordinadora de Vínculos con la comunidad de Fundación Ideas para la Infancia.

estrecha y en otros más amplia, llegando incluso a encontrarnos con situaciones de adolescentes que siendo menores de edad, ya se encuentran viviendo de manera autónoma, por lo que en cada caso se requerirá abordar esta temática desde una profundidad e intensidad distintas. Cuando se cuenta con adultos responsables, es necesario incorporarlos en el trabajo de esta temática, ya que son ellos los principales encargados de promover un camino adecuado de los adolescentes hacia la autonomía, en cambio cuando existen adolescentes que se encuentran distanciados de sus adultos responsables, el foco estará en fortalecer sus recursos personales y encontrar apoyos en el entorno que puedan apoyar este proceso.

Reconociendo la dificultad que representan las situaciones en que los niños, niñas o adolescentes se encuentren desprovistos del apoyo de un adulto responsable, distanciados de sus familias, la apuesta sigue siendo el fortalecimiento de este entorno adulto protector en tanto "(...) los estudios indican una y otra vez que la familia sigue siendo el contexto más importante, que cuenta con una llave maestra con la que regula la influencia de los demás contextos, potenciando o moderando su influencia." (Rodrigo et al., s.f, p.8).

Finalmente se recomienda contar con espacios diferenciados de intervención con los adolescentes y sus familias, pero también con espacios en que se puedan encontrar, compartir las experiencias que han vivido en este proceso, y propiciar así el fortalecimiento del vínculo entre ellos. Todo esto respetando por supuesto los propios ritmos de los participantes, sin forzar situaciones que puedan terminar siendo contraproducentes.

2.2.5 Interculturalidad en el Marco de los Derechos Humanos e Intervenciones con Pertinencia Cultural.

La interculturalidad es un concepto que abre posibilidades de intervención en base al reconocimiento del otro y su comprensión desde su propio contexto. Considerando lo anterior, este concepto *"implica una comunicación comprensiva entre las distintas culturas que conviven en un mismo espacio, siendo a través de estas donde se produce el enriquecimiento mutuo y por consiguiente, el reconocimiento y la valoración de cada una de las culturas en un marco de igualdad"* (Hidalgo, 2005).

En relación a lo anterior, la UNICEF plantea que la interculturalidad es *"un enfoque teórico-metodológico que promueve y protege los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, en tanto sostiene que para que exista un real diálogo es necesario previamente resolver las asimetrías de poder que se dan entre sujetos culturalmente distintos"* (UNICEF, 2013)

Para que lo anterior pueda desarrollarse, es importante considerar la interculturalidad desde el marco de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, firmada por Chile en 2007; la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (OIT), promulgado en 1989 y ratificado por Chile el 2008 y la Ley Indígena N°19.253 que Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas promulgada en el año 1993.

En el artículo 30 de la Convención de los Derechos del Niño está consagrado el respeto a la cultura de los pueblos originarios: *"En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común*

*con los demás miembros de su grupo, **a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma***".

Por otra parte, el Convenio N° 169 de OIT, ratificado por Chile en septiembre de 2008, señala que *"los Estados tienen el deber de adoptar medidas especiales para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los Pueblos Indígenas con el **consentimiento indígena y sin discriminación**. Asimismo, aspira al mejoramiento continuo de las condiciones de vida y de trabajo, y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, enfoque que debe ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan"*.

Asimismo la Ley Indígena establece el deber *"de la sociedad en general, y del Estado en particular, a través de sus instituciones, en **respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades**, adoptando las medidas adecuadas para tales fines"*.

Siguiendo a UNICEF (2013), este organismo plantea que para la construcción de relaciones interculturales, se distingue un nivel discursivo, referido a la relativización de las concepciones, representaciones y paradigmas propios, por los del otro culturalmente distinto, que implica un proceso consciente de reflexión y análisis. Y un segundo nivel operativo, referido a las prácticas que incluye un proceso de interrelación verbal, escrita, emocional y afectiva.

Intervenciones con Pertinencia Cultural

Se espera que los programas se inserten en los territorios reconociendo el entorno cultural de sus habitantes, como también comprendan las cosmovisiones que tienen los niños/as, familias y co-garantes de derechos y, desde ahí, generen intervenciones que cobren sentido en su contexto cultural.

Es importante que al insertarse en los territorios, el equipo efectúe un reconocimiento de la o las culturas características de la comunidad, esto le permitirá reconocer si está compuesta por migrantes, por pueblos originarios, entre otro y cómo éstos interactúan entre sí. Para ellos es necesario considerar que la interculturalidad tiene como uno de sus componentes esenciales la comunicación, que desarrolla mediante el diálogo intercultural que *"colabora en el difícil arte de comprender los procesos discursivos, lo que no se puede hacer nunca de un modo claro sin el apoyo de los otros"* (Salas, 2006).

En relación a lo anterior, las intervenciones pensadas desde la pertinencia cultural se conectan entonces, con el reconocimiento del otro para poder desarrollar intervenciones tanto a nivel personal, familiar y comunitario. Por tanto, el reconocimiento del otro, es comprendido desde Axel Honneth (1996) como una *"necesidad humana esencial, que se construye con un otro sujeto social, individuo o comunidad, que otorga legitimidad y sentido a su existencia, ya sea por vínculo o demostración de cuidado"*.

Es por ello que se requiere que las intervenciones se desarrollen desde una mirada de pertinencia cultural, considerada como *"la acción social diferenciada y adecuadas a las necesidades propias de cada cultura, debiendo ser construidas en conjunto para que dicha acción tenga sentido y permita así al reconocimiento de sus particularidades como pueblo"* (Aburto y Arévalo, S/F).

Esto permitirá revisar cómo los sujetos participantes del programa conceptualizan los derechos de la niñez y adolescencia desde su cultura, y por lo tanto, ayudará a determinar en conjunto las estrategias que apoyen la restitución de derechos desde su cosmovisión.

De esta forma, en la intervención, mediante el reconocimiento cultural, se facilitará la adherencia y vinculación con los niños y sus familias que pertenecen a una determinada cultura, de manera que puedan reconocer el espacio de intervención como positivo y respetuoso de sus creencias y valores.

2.2.6 Enfoque inclusivo de la discapacidad.

De acuerdo a los compromisos adquiridos por el Estado chileno, al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, (ratificada por Chile en agosto del 2008), toda entidad pública abocada a la protección de derechos de la niñez y la adolescencia, ha de tener incorporada la mirada de las necesidades especiales de atención que puede presentar este grupo, durante su proceso de desarrollo.

En efecto, las necesidades especiales -ya sean de carácter transitorio o permanente- deben ser entendidas tal como las define la Convención sobre la Discapacidad, es decir como “aquellas necesidades especiales (físicas, mentales, intelectuales, sensoriales) que al interactuar con diversas barreras y actitudes del entorno impiden la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” (Preámbulo, inciso e).

Este enfoque enfatiza la necesidad de visibilizar a las personas con discapacidad como ciudadanos/as, superando la noción de problema de salud y rehabilitación, para connotar el desafío de lograr la equidad social para este grupo minoritario de la población, en tanto la responsabilidad de la inclusión ya no es sólo del sujeto, si no de la comunidad que debe proporcionarle los apoyos, recursos, ayudas técnicas, adecuaciones y ajustes necesarios, para el desarrollo de su vida y ejercicio de sus derechos.

También se espera, que sean especialmente protegidos contra todo tipo de explotación, abuso o situación de vulneración, en tanto se reconoce que este grupo se encuentra más expuesto a ser víctima de vulneraciones de distinto orden.

En ese sentido, los esfuerzos van dirigidos a asegurar que el niño, niña o adolescente, sea protegido e incluido dentro de una comunidad sensible que lo visibiliza, que se abre a la diversidad sin discriminación y aborda las necesidades especiales como desafíos que forman parte de su responsabilidad social.

2.3 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 de SENAME, que tengan experiencia en el trabajo terapéutico con niños, niñas y adolescentes que presenten esta problemática.

Es así que para la ejecución del **proyecto PDC, este debe ajustarse a siete elementos centrales:**

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.

Contemplan la atención de población menor de edad, correspondiente al sector indicado en el Anexo 1, donde se instala el proyecto.

2. Gestión Territorial. Elemento central del Programa, pensado como un enlace entre el diseño y la implementación en el territorio. Corresponde a un proceso planificado de acciones de acompañamiento en el área técnica a equipos de trabajo en aspectos asociados a la gestión de los proyectos, la atención de usuarios y en el área de Gestión de redes, para la implementación del Programa 24 Horas, orientadas a su adecuado desarrollo y el cumplimiento de sus objetivos y resultados de cada modalidad.

3. 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.

4. 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.

5. 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 expertise 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 sobre-intervención.

6. Articulación con programas ambulatorios de Salud Mental³³. 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 a las necesidades de los niños/as y adolescentes.

7. Evaluación y Monitoreo: corresponde a una parte fundamental para el desarrollo del Programa, a fin de realizar un proceso sistemático de recolección de información, de análisis y utilización de la información para hacer seguimiento al progreso del programa. Para ello, los **proyectos deberán estar disponibles** para participar de estas instancias, que les permitirá aportar con información del funcionamiento del proyecto y así mismo aportar, para realizar ajustes necesarios para optimizar la gestión y los resultados esperados.

2.4. 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 **UNESCO³⁴** indica que el uso indebido de

³³. Los Equipos Especializados de Salud Mental se encuentran en las comunas de Peñalolén, Pudahuel, La Granja, Lo Espejo, La Florida, La Pintana, Recoleta y Puente Alto en la Región Metropolitana. En regiones MINSAL inyectó recursos en Arica, Alto Hospicio, Antofagasta, Coquimbo, Temuco, Pto Montt, Iquique.

³⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

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 AUGE 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 partes 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 Nacional de Menores**, 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. FORMULACION DEL PROBLEMA

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 para 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 proyecto de tratamiento de consumo de alcohol y drogas, PDC³⁵ 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.

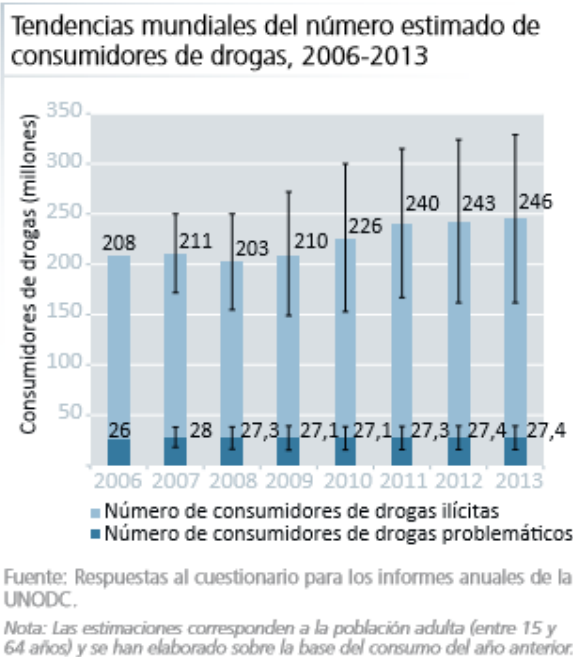
A continuación se muestran estudios y estadísticas, que muestran una realidad que aparece como un problema urgente de solucionar por parte de nuestro país.

3.1 Informe mundial sobre drogas³⁶

³⁵ Las Mesas Técnicas fueron convocadas por el Programa Nacional 24 Horas con la finalidad de revisar la implementación del programa y aportar insumos para el re-diseño de las Orientaciones Técnicas. Se desarrollaron en 3 sesiones entre los meses de julio y septiembre del año 2016. Participaron representantes de OCAS con mayor cantidad de proyectos PDC y equipos ejecutores que comenzaron su ejecución antes del año 2016, supervisores/as técnicos y gestores territoriales 24 Horas.

³⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Se entiende por drogas ilícitas aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización está legalmente prohibida o que son usadas sin prescripción médica. Se distinguen según su origen en drogas naturales (provenientes de alguna planta) o sintéticas (elaboradas a partir de sustancias químicas).

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 la dificultades para la cobertura de atención. Igualmente preocupante son los mas 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	Primerio	Segundo	Tercero	Cuarto	Municipal	P. Subvencionado	P. Pagado
2001	14,8	16,2	13,5	5,5	11,1	17,0	20,9	22,5	14,4	15,0	15,4
2003	13,0	14,3	11,7	4,9	9,1	15,2	18,7	21,6	13,0	12,5	14,3
2005	14,7	16,1	13,4	4,8	9,9	16,2	21,2	25,8	15,0	14,3	15,3
2007	15,6	16,7	14,5	5,3	12,1	17,2	21,7	23,6	15,3	15,6	16,2
2009	15,1	15,7	14,5	6,5	11,6	16,7	20,4	22,1	15,9	14,5	14,8
2011	19,5	20,2	18,9	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 escolar³⁷ 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 (SENDA, 2013), 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, el estudio de Senda (Estudio de drogas en población general, SENDA 2014), 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 con 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 Nacional de Menores. 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 de SENAME, los cuales muestran preocupantes índices de consumo de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes.

3.3 Estudio Fundación San Carlos de Maipo

En el año 2009, la Fundación San Carlos de Maipo desarrolla un estudio orientado al desarrollo de alternativas para la atención integral en salud mental para niños, niñas y adolescentes con compromiso biopsicosocial severo. Este estudio contó con aportes técnicos de SENAME, CONACE y MINSAL, más el apoyo fundamental de distintas ONGs dedicadas a la atención de población infanto-adolescente en situaciones de alta complejidad, tales como situación de calle, explotación sexual comercial, consumo problemático de drogas y otras situaciones de vulneración que implican la incorporación a un sistema residencial de protección (Fundación San Carlos de Maipo, 2010).

³⁷ Décimo primer Estudio Nacional de drogas en Población Escolar, SENDA año 2015.

De los resultados del estudio realizado, destacan entre sus conclusiones:

a) Escasez de diagnósticos psiquiátricos certificados en los proyectos de atención psicosocial. Ello se asocia a la falta de profesionales de salud mental en dichos proyectos, así como a las dificultades de acceso a estas prestaciones en el sistema público de atención de salud.

b) Tipos de trastornos de salud mental. El estudio destaca como el trastorno más frecuente el **abuso o dependencia de alcohol y otras drogas, con un 28,5%** del total de patologías declaradas. Le siguen los trastornos del espectro ansioso depresivo (14,6%), trastornos de conducta (12,3%), retardo mental o deterioro orgánico (11,5%), trastorno por descontrol de impulsos (10,7%) y trastorno de personalidad en desarrollo (10,5%).

Estos porcentajes varían de acuerdo a las situaciones de vulnerabilidad detectadas (consumo de drogas, explotación sexual comercial o situación de calle). No obstante, se presenta una alta co morbilidad en casos de mayor complejidad, en que es posible encontrar 3 o más trastornos en un mismo niño, niña o adolescente. En estos casos, a su vez, **la presencia de abuso a alcohol y/u otras drogas se eleva a un 74%.**

c) Deficiencias en el control psiquiátrico. El estudio indica que un 54% de la población detectada con trastornos psiquiátricos o de salud mental tiene un control psiquiátrico irregular o éste es inexistente.

d) Insuficiencia en la oferta de atención en salud mental para la población más vulnerable. En este punto, se indica deficiencia o insuficiencia tanto en la oferta diagnóstica, de atención de urgencia, y de hospitalización de corta y mediana estadía en el sistema público de salud. Para el caso de hospitalización de mediana estadía, la oferta pública es inexistente.

Para aquellos casos que requieren internación, se presentan diversas dificultades que obstaculizan el acceso oportuno a atención, así como una atención con la duración mínima requerida. Del mismo modo, se indica la insuficiencia de centros de desintoxicación para población infanto-adolescente con consumo abusivo o dependencia de alcohol y/u otras drogas.

3.4 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 KIDS³⁸ 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.

En cuanto a las co-morbilidades, 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 **co-morbilidades 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 **co-morbilidades 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 co-morbilidades 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 riesgo³⁹ 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.

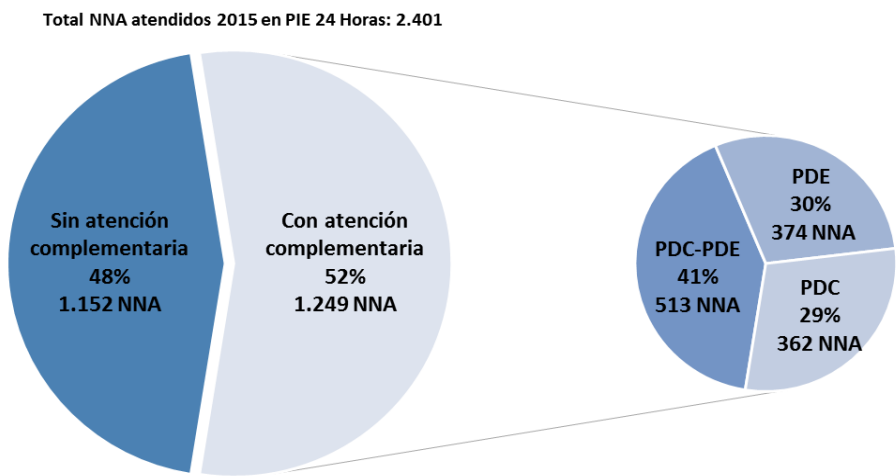
3.5 Derivaciones desde PIE a PDC durante el año 2015

La población de alta complejidad atendida por el circuito 24 Horas, particularmente la que se encuentra ingresada a PIE, presenta necesidades respecto del tratamiento para el abuso de sustancias. En el año recién pasado según plataforma informática SENAINFO del total de usuarios de PIE, casi el 30% fue derivado a PDC⁴⁰ y el 41% requirió de una intervención complementaria de PDC al mismo tiempo que PDE, tal como en el gráfico que se muestra a continuación.

³⁸ El MINI KIDS, es la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica, versión para niños y adolescentes, que consiste en una breve entrevista estructurada de diagnóstico, que está organizada de acuerdo a las agrupaciones de DSM-IV y CIE 10 para trastornos psiquiátricos.

³⁹ El riesgo mencionado opera tanto para la realización de conductas autoagresivas o heteroagresivas.

⁴⁰ Proyectos para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas.



Fuente: SENAINFO. Elaboración a partir de la Base de Atendidos 2015.

Sumado a lo anterior, podemos mencionar que en el desarrollo de las mesas técnicas de la modalidad PDC⁴¹ los equipos participantes manifiestan la necesidad de ampliar el perfil del sujeto de intervención, incorporando el consumo habitual al tratamiento que ofrece la modalidad, ya que es este mismo perfil 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.

Es así como el consumo de alcohol y/u otras drogas, es un tema necesario de abordar, sobre todo lo que guarda relación con el acceso a tratamiento. En el caso del Servicio Nacional de Menores, desde la Protección especial a población altamente vulnerable, y específicamente en el Programa 24 Horas, se diseña e implementan los PDC como una modalidad complementaria a otros componentes del Programa, contribuyendo en la atención de niños, niñas y adolescentes que presentan consumo problemático de drogas de manera integral.

⁴¹ Las Mesas Técnicas fueron convocadas por el Programa Nacional 24 Horas con la finalidad de revisar la implementación del programa y aportar insumos para el re-diseño de las Orientaciones Técnicas. Se desarrollaron en 3 sesiones entre los meses de julio y septiembre del año 2016. Participaron representantes de OCAS con mayor cantidad de proyectos PDC y equipos ejecutores que comenzaron su ejecución antes del año 2016, supervisores/as técnicos y gestores territoriales 24 Horas.

IV. OBJETIVOS

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.

- 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.⁴²
- Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo habitual de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico.
- Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo problemático de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico.
- Promover en los niños, niñas y adolescentes atendidos la participación en actividades socio - comunitarias que fomenten el uso constructivo del tiempo libre.
- Promover la generación de nuevas formas de interacción en las familias (o adultos significativos) que favorezcan un proyecto de vida 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.
- Favorecer la sensibilización de instituciones locales y miembros de la comunidad respecto a la relevancia de una vida libre de drogas.

V. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION PARTICIPANTE DEL PROGRAMA.

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.

Es por lo anterior que el sujeto de atención PDC, se define como todos los niños, niñas y adolescentes, preferentemente entre 10 y 17 años de edad, 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

⁴² El concepto de Contrato Terapéutico se desarrollará en el punto 6.3 *Niveles de la Intervención*.

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%⁴³, 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 terceros⁴⁴, 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.

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 además 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 co-morbilidad 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*

⁴³ Los porcentajes pueden variar previa aprobación de supervisor/a técnico/a y gestor territorial del proyecto.

⁴⁴ Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes.

obligaciones, entre otros (laborales, académicas, familiares, Riesgos de salud o físicos, problemas legales y compromiso en conductas antisociales, problemas sociales o interpersonales).

Consumo Habitual:

Se entenderá por **consumo habitual** según SENDA: “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 de riesgo social.
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 al 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 a 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 a 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 éstas 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 éstas 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

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%)⁴⁵, específicamente Oficinas de Protección de Derechos (OPD), Programa de Prevención Focalizada (PPF)⁴⁶, Terapia Multisistémica (MST)⁴⁷, y Salud Mental del Programa 24 Horas de la comuna.

⁴⁵ 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, en coordinación con el/la gestor/a territorial del Programa 24 horas.

⁴⁶ Se recuerda que solo pueden derivar a PDC aquellos PPF que son parte del circuito 24 Horas.

⁴⁷ 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.

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

a. Cobertura.

La cobertura se define en el anexo 1, el cual se adjunta en el Concurso Público de proyectos donde se precisa su adjudicación.

La ley 20.032 y su respectivo Reglamento, establece la Línea de Acción Programas, dentro de los cuales se encuentran Programas de Protección Especializada, cuyo monto de subvención es 9,3 US\$.

b. Focalización Territorial

Remítase a lo señalado en el anexo 1 para la presente licitación.

• MODELOS DE INTERVENCION.

Es importante que se consideren los modelos que se presentan a continuación como sugerencias, no obstante lo relevante es que el organismo colaborador fundamente su intervención desde un marco conceptual, que organice su quehacer y le de sustento a las metodologías a emplear, en consideración a las características de los sujetos participantes, de sus contextos y de los objetivos de la modalidad.

6.1. Modelo Ecológico

Dentro de los modelos explicativos del desarrollo humano, se encuentra el modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (1987), este autor define el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que la persona percibe el ambiente que lo rodea y como se relaciona con él.

El postulado del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner viene a decirnos que el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive⁴⁸. Acomodación que se va produciendo a través de un proceso continuo, que también se ve

⁴⁸ Modelo Ecológico: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana Francisco Alberto García Sánchez Dpto. de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia.

afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

Para este modelo, el desarrollo humano es un proceso dinámico, bidireccional y recíproco donde el niño reestructura de modo activo su ambiente y recibe el influjo de los factores vinculados con él.

Asimismo, considera que el ser humano, junto con su constitución orgánica y las posibles influencias del medio sobre ella, posee capacidad cognoscitiva - interpretativa que implica, sobre todo, que no existe pasividad ante el entorno. El contexto físico y social en que se inserta el sujeto es inevitablemente el punto de referencia desde el que se configura su noción de realidad.

Según Bronfenbrenner (2002), existen cuatro tipos de sistemas que guardan una relación inclusiva entre sí: el *microsistema*, el *mesosistema*, el *exosistema* y el *macrosistema*.

El **Microsistema**: es el sistema ecológico más próximo, ya que comprende el conjunto de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente inmediato en que se desenvuelve (microsistema familiar y microsistema escolar, por ejemplo). En los microsistemas ocurren dos efectos importantes: los del primer orden, que se producen en el contexto de una diada y los de segundo orden que afectan de forma indirecta a las diadas a través de la mediación de terceros, es por ejemplo la red de relaciones sociales de la familia. Las dinámicas que se dan en estos microgrupos, especialmente en la familia, lo que puede dar cuenta de sistemas más o menos abusivos.

El **Mesosistema**: comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (relaciones familia-escuela, por ejemplo). Un mesosistema es un sistema de microsistemas y, por lo tanto, su descripción y análisis debe realizarse en los mismos términos que los microsistemas: relaciones, actividades y roles.

El **Exosistema**: se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante, pero en los cuales se producen hechos que afectan a todo aquello que ocurre en el entorno que comprende a las personas en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (por ejemplo la familia extensa, las condiciones y experiencias laborales de los adultos y de la familia, las amistades, las relaciones vecinales etc.). De ahí la importancia de vincular de forma efectiva los hechos que suceden en un exosistema con los hechos que acontecen en un microsistema, teniendo siempre presente los cambios evolutivos de la persona en desarrollo.

Por último, el **Macrosistema**: esta estructura anidada recoge el conjunto de creencias, actitudes y valores que caracterizan el contexto cultural de la persona en desarrollo (por ejemplo los prejuicios sexistas, la valoración del trabajo, un período de depresión económica, etc.). Este es quizás el nivel más difícil de modificar, porque a pesar de su fuerte influencia sobre los comportamientos de las personas y de la sociedad, no tiene visibilidad. Al contexto macrosocial corresponden las creencias que una cultura tiene con respecto a las relaciones de poder, a las relaciones entre hombres y mujeres, a las relaciones entre adultos y niños.

Los sistemas de creencias y valores que le han dado su identidad a nuestra cultura desde siglos, se ha conceptualizado como una cultura patriarcal, relacionándola con la presencia de relaciones de dominio-sumisión, en que prevalece el estilo de resolución de conflictos por la fuerza y predomina el concepto de jerarquía de dominación, es decir, quien está en

una posición jerárquica superior se siente con derecho a forzar a quienes están en otras posiciones a hacer cosas que no harían por su propia voluntad, utilizando estrategias de amenaza y coerción implícita o explícita, por ejemplo, Barudy se refiere a nuestra cultura como una cultura adultista, es decir, en la que predomina la visión de los adultos y puede llegar a "cosificarse"⁴⁹ a los niños, cuando estos desafían el poder de sus mayores.

Por otra parte para explicar el proceso de interacción entre el individuo y su contexto se incluyen dos grandes dimensiones: la dimensión de riesgo y la dimensión de protección. La interrelación entre ambas puede generar un mecanismo de protección que daría lugar a la resiliencia o, en caso contrario, un mecanismo de riesgo que lleva a la vulnerabilidad.

Los factores de riesgo o los de protección abarcan todos los subsistemas, por lo tanto podrían ubicarse en cualquiera de ellos. La familia, los vínculos significativos y las características internas de estos miembros son parte del microsistema que incluyen su grado de estabilidad emocional, su historia y aspectos personales, entre otras cosas.

Cuando se analiza la **dimensión de protección**, se destacan como elementos protectores las competencias personales tales como un nivel intelectual, las habilidades sociales en sentido general y especialmente las habilidades de solución de problemas interpersonales, la creatividad, y el autoconcepto asociado al haber internalizado alguna buena figura de apego (Morelato, 2009).

En contraste, desde la **dimensión de riesgo**, se puede pensar que existen aspectos propios o características internas que funcionarían como eventualidades o dificultades para el desarrollo. Estos aspectos pueden ser la presencia de problemas de conducta (agresión, inhibición) o déficit en habilidades de interacción social, trastornos psiquiátricos (depresiones, psicosis), problemas intelectuales, baja autoestima, tendencia al locus de control externo, falta de capacidad reflexiva, de empatía y haber tenido una historia de apego disfuncional, entre otras problemáticas. Los factores personales no son determinantes pero inciden negativamente en la interacción con el contexto, generando mayor probabilidad de desarrollar vulnerabilidad. Es por ello que se considera pertinente estimular las competencias protectoras mencionadas tanto en forma individual o grupal, a fin de fortalecer las posibilidades personales de enfrentar el riesgo, compensarlo o atenuarlo. A la vez desde la perspectiva de la protección pueden situarse las características de los miembros de la familia, entre las más importantes están las funciones de apoyo de aquellos miembros, si los hay, que presenten conciencia de la desprotección infantil. Por ello, se sostiene que si existen del lado del riesgo señales de violencia o maltrato, es posible potenciar la resiliencia si nos enfocamos en aquellas personas que perciben que existe algún problema en la familia, lo denuncian o pueden buscar ayuda. De este modo, se puede detectar recursos para cuidar al niño, niña o adolescente concretamente. También forman parte de este sistema protector el grupo de pares, el sistema escolar y la red familiar extensa, por otro lado se encuentran vecinos, miembros de la comunidad, de la misma manera cobra gran relevancia la participación de la familia en la comunidad, como una red que puede soportar y contener a este grupo humano.

Todos los niveles del modelo ecológico dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos. El contexto es el marco de referencia que contiene la información necesaria para comprender el sentido y significado de acciones, enunciados, normas de un conjunto de sujetos. Es el marco donde se sitúa el encuentro psicosocial entre los

⁴⁹ Cosificar a alguien equivale a tratarlo no como un semejante, como un ser humano sino, como algo que es preciso someter y que no tiene los mismos sentimientos que nosotros. Esta cosificación es lo que permite causar dolor a otro, sin que nos toque.

actores, el “lugar” donde sucede y temporalidad en la que se inscribe. Es importante tomar en cuenta las variables mencionadas para realizar las intervenciones, que se realicen tomando en cuenta el contexto en donde se desarrolla el individuo y de qué manera esta influye sobre el niño, niña, adolescente y la familia.

6.1.2. Resiliencia

La perspectiva de la Resiliencia ha sido de gran utilidad en las Ciencias Humanas y Sociales, implicando un cambio de paradigma en la mirada de los problemas personales y sociales; como también en la intervención que realizan profesionales y técnicos al trabajar con las personas. Transitando de un enfoque centrado en los problemas y dificultades, a una mirada que pone el énfasis en el reconocimiento de fortalezas y recursos, para, desde ahí, promover la superación de las dificultades y en lo posible salir fortalecidos. “Es una nueva forma de enfrentar los problemas, los traumas y el sufrimiento humano. Supone una transformación en las creencias y de las prácticas, cambiando de una visión determinista y en cierto sentido pesimista a una visión más esperanzadora” (Milicic, 2011).

La resiliencia es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive ser transformados por éstas. Nadie escapa de las adversidades” (Henderson, 2006). Esta capacidad es el resultado de la interacción del individuo con otras personas, de sus condiciones de vida y del ambiente vital (Barudy, 2005).

Para Boris Cyrulnik, “La resiliencia es el arte de navegar en los torrentes” (2001, p.213). Y la explica a través de la siguiente metáfora: “Un trauma ha trastornado al herido y le ha orientado en una dirección en la que le habría gustado no ir. Sin embargo, y dado que ha caído en una corriente que le arrastra y le lleva hacia una cascada de magulladuras, el resiliente ha de hacer un llamamiento a los recursos internos que se encuentran impregnados en su memoria, debe pelearse para no dejarse arrastrar por la pendiente natural de los traumas que le impulsan a correr por mundo y a ir de golpe, en golpe hasta, el momento en que una mano tendida le ofrezca un recurso externo, una relación afectiva, una institución social o cultural que le permita salir airoso” (idem, p.213).

Paul Bouvier, en Cyrulnik (2001) aclara que la resiliencia “no es una vacuna contra el sufrimiento, ni un estado adquirido e inmutable, sino un proceso, un camino que es preciso de recorrer (idem, 215). Para recorrer este camino se requiere un guía o tutor de resiliencia que es una persona significativa que ayuda a que la otra persona le de sentido a lo vivido, le permita salir airoso, tejer vínculos y reorganizar la imagen de sí mismo, entre otros aspectos (Cyrulnik 2001, Milicic, 2011). Desde esta mirada, los profesionales y técnicos que trabajan en programas que abordan problemáticas relacionadas con niñez, adolescencia y familia, pueden contribuir a generar contextos resilientes, poniendo al servicio de la intervención sus propios recursos (resilientes) (Barudy, 2005), favoreciendo así que los padres, madres o adultos a cargo puedan ejercer una parentalidad y marentalidad bien tratante, como también que los niños, niñas y adolescentes fortalezcan sus recursos personales y sociales.

María Gabriela Simpson (2010), aporta que el ser humano es por naturaleza y por cultura un ser social, que requiere de los otros para nacer, crecer, desarrollarse. Por lo tanto, la resiliencia solo se daría en una interacción con el ambiente que permita una adaptación positiva en contextos de adversidad. Así, la resiliencia sociocultural, aporta en una mirada dentro de este mismo enfoque poniendo el foco en lo social y cultural, evitando

lecturas universalistas. Por el contrario, reconoce que una persona en estado⁵⁰ resiliente es cuando al pasar de las dificultades y problemas, se adapta activamente en concordancia con las características de su etapa del desarrollo, de su cultura y de la sociedad. Entonces, desde esta autora los “otros significativos” o como se denominaron en párrafos anteriores, los tutores de resiliencia, son una especie de “delegados del entorno”, puesto que cuentan con una escala de valores concordantes con el entorno, ayuda a darle sentido a la vida y muestra, a través de su quehacer, como lograr resultados positivos.

Para Puig y Rubio (2011), el **Tutor de Resiliencia**, “administra seguridad y confianza, a la par que autonomía e independencia” (p. 121). Reconoce que hay tutores naturales y profesionales (o formales). Estos últimos, entregan apoyo, contención, a través del establecimiento de un vínculo positivo ayudan a reconstruir la confianza básica. Para ello, se requiere conocer al otro, saber de sus habilidades e intereses.

El propósito de que los programas sociales, trabajen desde un enfoque de la resiliencia le otorga a la intervención una **mirada esperanzadora** desde distintos ángulos. Por un lado, permite que el Estado asuma un rol de generador de oportunidades de emergencia o fortalecimiento de la resiliencia, aportando a la equidad con personas o grupos sociales que no han tenido dichas oportunidades. De este mismo modo, a los equipos técnicos, les contribuye a darle sentido a su intervención, porque ve a los sujetos con los que trabaja, no sólo como personas con dificultades (que frecuentemente son muchas y diversas), sino que también, desde sus recursos, fortalezas y, también, desde las posibilidades de ser permeados por el proceso de intervención. A los niños, niñas, adolescentes y sus familias, les permite elaborar las situaciones dolorosas vividas, salir fortalecidos y en el caso del maltrato, evitar o interrumpir la violencia transgeneracional.

El enfoque de la Resiliencia, también ha sido abordado en el estudio con familias que ejercen adecuadamente el cuidado de sus niños y niñas, aún en contexto de gran estrés psicosocial. María José Rodrigo, Doctora en Psicología, académica que ha desarrollado una serie de investigaciones en parentalidad en España, plantea que la **Resiliencia Parental**, es “un proceso dinámico que permite a los padres desarrollar una relación protectora y sensible ante las necesidades de los hijos/as a pesar de vivir en un entorno potenciador de comportamientos de maltrato”. (2009a, p.52). Un factor protector que aporta a las familias a hacer frente a los estresores es el apoyo social informal y/o institucional.

Para la autora, la Resiliencia Parental es una invitación a ver las potencialidades de las familias y cuestiona la forma que se ha tenido de nombrar a las que se encuentran en riesgo psicosocial y que son usuarias frecuentes de la oferta pública, esto es “multiproblemáticas”, “disfuncionales”, “desintegradas”. Por otro lado, convoca a abandonar como modelos ideales que guían la intervención, aquellos que se basan en familias normalizadas y propone cambiarlos por aquellos que presentan las resilientes, ya que indican cómo han podido salir adelante en determinados entornos. Otro aporte muy relevante de esta perspectiva, es que dado que hay una diversidad de situaciones familiares y de posibles formas de resiliencia, hay que sustituir el “dar recetas” a los padres y madres, por ayudarlos a que “hagan de su parentalidad un *traje a la medida* y no el traje estándar que se supone deben realizar” (2009a, p.65).

⁵⁰ Según la autora “uno está y no es”.

6.1.3. Parentalidad Positiva: Una mirada contextual del Ejercicio de la Parentalidad y Marentalidad.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa en su recomendación 19 del año 2006, adhiere como marco para el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la familia, a la parentalidad positiva, por ser un modelo acorde con el interés superior del niño y con el propósito de alcanzar "las condiciones necesarias para el fomento del ejercicio positivo de la parentalidad, garantizando que todas aquellas personas que han de educar niños tengan acceso a los recursos adecuados (materiales, psicológicos, sociales y culturales) y que las actitudes y patrones sociales más extendidos se adapten a las necesidades de las familias con hijos y a las necesidades de padres y madres" (Rec 19, 2006 p. 1). España considera esta recomendación y su Ministerio de Sanidad y Política Social y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), establecen un convenio con la finalidad de desarrollar políticas de apoyo a la familia con enfoque de parentalidad positiva.

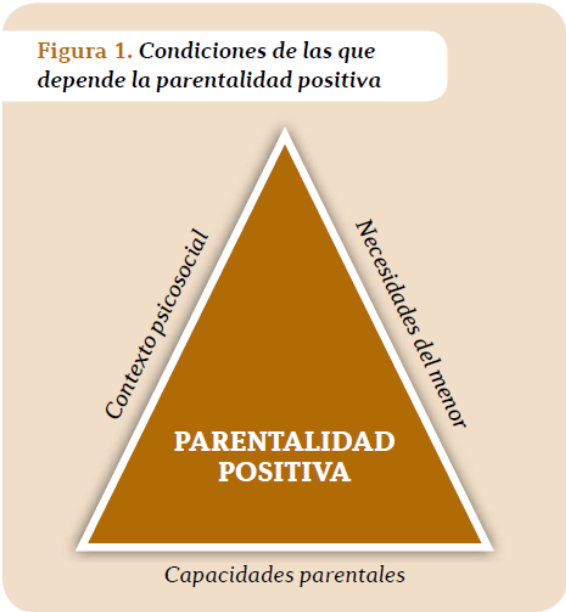
Para apoyar este proceso María José Rodrigo y otros académicos españoles realizan publicaciones⁵¹ e investigaciones con el propósito de desarrollar programas basados en evidencia que fomenten dicha propuesta.

La parentalidad positiva se encuentra en concordancia con los principios de la CDN. Se define como el "comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño" (Rec 19, 2006 p. 3). Uno de los supuestos de los modelos de trabajo con familia desde la parentalidad positiva, es que todos los padres y madres necesitan apoyos para ejercer adecuadamente su parentalidad/marentalidad (Rodrigo, y otros, 2010).

"La tarea de ser padres y madres no se ejerce en un vacío, ni depende exclusivamente de las características de los progenitores. Se ejerce dentro de un espacio ecológico..." (Rodrigo y otros, 2010, p.13). Un modelo ecológico de parentalidad positiva considera tres factores: 1) el contexto psicosocial en el cual vive la familia, que puede tener factores de riesgo que son estresores para la tarea de ser padres, o bien, factores protectores que apoyan el ejercicio de la parentalidad; 2) las necesidades evolutivas/educativas de los niños/as (edad, situación de salud, características de personalidad, necesidades especiales), también, se plantea que *los padres moldean la vida de los hijos y los hijos, también permean a sus padres, contribuyendo a su propio desarrollo*⁵² 3) las capacidades parentales, de madres y padres para la crianza y educación de los niños/as también modelan fuertemente el ejercicio de la parentalidad positiva. Estos factores –graficados en la figura 1- que constituyen la diversidad de ecologías en las cuales se ejerce la parentalidad/marentalidad tendrían que considerarse en la entrega de apoyos sociales a las familias. Puesto que, "no hay dos tipos de padres/madres, los buenos y los malos, sino múltiples ecologías en las que los padres y las madres construyen su tarea con diversos grados de dificultad" (idem, p.15).

⁵¹ María José Rodrigo y su equipo elaboran los siguientes documentos: "Parentalidad Positiva y Políticas Locales de apoyo a las Familias" (Rodrigo, Maiquez y Martín, 2010) y "La Educación Parental como Recurso para Promover la Parentalidad Positiva" (Rodrigo, Maiquez y Martín, 2010).

⁵² Palabras extraídas de la presentación de María José Rodrigo, en el Seminario "La Parentalidad Positiva: Un Nuevo Enfoque para el Trabajo con Familias". Santiago de Chile, 25 de marzo del 2013



Los mismos autores son críticos a los programas de atención que se han desarrollado tradicionalmente con las familias, porque se ejecutan de manera tardía cuando las problemáticas están cronificadas, son individualistas y han sido asistenciales. Por el contrario se propone, un nuevo modelo de intervención con las familias basado en el fomento de la parentalidad positiva, el cual debería contemplar, en primer lugar, un perfil de usuario más amplio y no solo a las familias en situación de pobreza. En segundo lugar, un modelo que parta del supuesto de que todas las familias tienen capacidades que pueden promoverse, en tercer lugar, diversificar las metodologías de atención en función de las necesidades de las familias. Y por último, en cuarto lugar, el proceso de identificación de las potencialidades de las familias requiere una exploración cooperativa con la familia, que considere su propia experiencia para enfrentar las dificultades en el pasado, en vez de un diagnóstico e intervención realizada solo desde el punto de vista del experto.

Finalmente, reconocer la diversidad de familias con las que se encuentran los programas es clave para desarrollar estrategias que sean acordes y pertinentes a sus realidades socio-culturales. Como también, incorporarlas tempranamente en la intervención, favoreciendo su involucramiento y activación en pro de la restitución de derechos vulnerados que afectan a sus niños, niñas y adolescentes.

6.1.4 Apego y Neurociencia

La Teoría del apego para muchos en la actualidad es una “**teoría de la regulación**”. Esto implica que en el encuentro afectivo entre la madre y su bebé, la primera regula de un modo inconsciente e intuitivo, una serie de activaciones fisiológicas y emocionales del segundo (Lecannelier 2014). Estos encuentros reguladores empiezan a desarrollar en el infante un conjunto de habilidades y mecanismos para enfrentar/regular el estrés, las emociones, las situaciones novedosas (impredecibles), el aprendizaje y los estados mentales en épocas posteriores. Pero más aún, dado que son sistemas cerebrales los principales responsables de esta capacidad de enfrentamiento, se puede postular entonces que la madre modela y modula con sus acciones de cuidado el cerebro del bebé. Las conductas de protección de los cuidadores, regulan la organización afectiva del bebe, ya que la función del apego consiste en equilibrar los desórdenes homeostáticos provenientes del infante. Más aún, se amplía esta idea hacia la neurociencia, proponiendo

que las interacciones afectivas entre ambos afectan el desarrollo de sistemas de regulación cerebral responsables a su vez de la regulación de la conducta, los afectos, las cogniciones y la fisiología del niño.

En un sentido más específico, estas funciones reguladoras, tan críticas para el desarrollo de competencias de enfrentamiento del estrés, son mediadas por ciertos sistemas cerebrales. El autor propone que las diferencias individuales en el modo de activación de estos sistemas dependen de las interacciones tempranas (materializadas en las relaciones de apego). Es decir que un ambiente vincular facilitador, permite el desarrollo y funcionamiento adecuado de estos sistemas con el objetivo de enfrentar/regular de un modo flexible y adaptativo las demandas de la vida en periodos tempranos y posteriores del ciclo vital, pues el apego fomentaría las nascentes capacidades para regular el estrés de la vida. Este vínculo de apego establece que existe una motivación intrínseca de los seres humanos a generar lazos emocionales prolongados y consistentes desde el nacimiento hasta la muerte, con la función principal de obtener cuidado, protección y estimulación en su desarrollo evolutivo por parte de una persona con más sabiduría o posibilidades de sobrevivencia (Lecannelier, 2014)

Aunque Bowlby aseveró que, **el apego posee una fuerza motivacional intrínseca y su dinámica organiza todo el ciclo vital**⁵³, a muchos psicólogos y psiquiatras les pareció poco consistentes y creíble esta idea, esto debido principalmente a que la teoría del apego, se dedicó durante los primeros años al estudio de los infantes, lo que implicó que se pensara en conductas de bebé. A pesar de ello el programa de investigación del apego ha seguido una progresión ontogénica similar al ciclo vital, iniciando sus estudios en la década de los setenta, prosiguiendo con la investigación en preescolares en los ochenta y el estudio de los adolescentes y adultos desde los noventa a la fecha. Incluso en la actualidad, a través de la investigación se ha ido demostrando que el sistema de apego se desarrolla y complejiza a través del ciclo vital a través de una serie de factores madurativos, sociales, contextuales y psicológicos, etc. y a la vez demuestra como este sistema va afectando el funcionamiento de otros sistemas mentales y mecanismos mentales, biológicos y sociales.

Consecuencias de la violencia pasiva o por omisión de cuidados.

El desarrollo de la neurociencia ha permitido establecer el impacto de la falta de cuidados y de distintos tipos de violencia sobre la maduración y el desarrollo del sistema nervioso central.

Hoy se sabe que la maduración y funcionamiento adecuado del cerebro y el sistema nervioso dependen de los cuidados y buenos tratos recibidos de los cuidadores primarios, constituyendo la base del desarrollo motor, cognitivo, afectivo y relacional, así como también de la formación de personas capaces de responder a los desafíos de la existencia en forma altruista. El lenguaje, el pensamiento abstracto y la emoción emergen en la interrelación y tienen resguardo genético en la medida que es relevante para la supervivencia.

Como consecuencia de la falta de cuidados los niños y niñas víctimas de negligencia y abandono emocional presentan alteración del desarrollo del sistema límbico o cerebro emocional, zona donde se localizan funciones fundamentales para la vida: la experiencia sensorial, la emocionalidad, la regulación del apetito, la agresividad y la función sexual, y también desempeñan un rol muy importante en otras funciones como la memoria y el

⁵³ Felipe Lecannelier, en "Apego e Intersubjetividad" señalando que el apego se desarrolla a través del ciclo vital del ser humano.

aprendizaje. Las fallas en el funcionamiento del sistema límbico se traducen en características como las siguientes:

- Trastornos de las capacidades sensoriales dificultad de los niños para percibir sus vivencias internas y las amenazas o peligros del entorno, además de problemas para distinguir lo que es producto de la realidad de lo que son sus deseos.
- Deficiencias en el reconocimiento y manejo de las emociones, diferentes investigaciones han mostrado una mayor excitabilidad de la amígdala que es la región del sistema límbico en donde se percibe el miedo y las amenazas y se dispara la agresividad.
- Trastornos de la empatía se presentan como niños egoístas y exigentes, con dificultad para obedecer a los adultos y manejar frustraciones.
- Presentan memorias emocionales traumáticas, implícitas, referida a percepciones, emociones o vivencias internas de la temprana niñez cuando el cerebro aún no puede operar con la memoria explícita; recuerdos o memoria narrativa, estos recuerdos generan comportamientos que no se relacionan con un hecho real y resultan incomprensibles para el observador.
- Trastornos en la regulación del apetito, la agresividad, la frustración y la excitación sexual, todas pulsiones relacionadas con el mantenimiento, preservación y protección de la vida.

Como se señaló, los vínculos interpersonales con los cuidadores primarios redundan en el desarrollo del sistema nervioso, así como en la percepción que tiene el niño(a) de los otros en la convivencia social. La experiencia de apego del niño(a) en relación con el cuidador primario, se desarrolla en los primeros tres años de vida generando representaciones internas de apego, que serán un patrón anticipatorio de lo que puede esperar de la relación con otras personas. Los niños víctimas de maltrato tienen mayor probabilidad (82%) de desarrollar representaciones internas de apego desorganizado.

Los efectos de la violencia interfieren el crecimiento y desarrollo de niños niñas y adolescentes, además de incidir en el deterioro de la relación con los padres, el rendimiento y comportamiento escolar –en particular la relación con los compañeros de curso- y la salud mental.

El maltrato y/o abandono en niños y niñas afecta su rendimiento escolar disminuyéndolo en comparación con otros grupos estudiados, incluso cuando las variables de situación socioeconómica y otras están controladas, mostrando además mayor retraso en el desarrollo del lenguaje.

Otras investigaciones han demostrado que la ausencia de contacto y la falta de cuidados hacen que el cerebro produzca más adrenalina, lo que también predispone a comportamientos más impulsivos y agresivos. En la medida que muchos de estos niños y niñas crecen en contextos violentos, sus propios comportamientos agresivos les facilitan «la adaptación» al entorno. Esto crea una dramática paradoja: *mientras menos cuidados y protegidos estén los niños y las niñas, más agresivos tendrán que ser para sobrevivir.*

Como se señaló, en el contexto escolar estos niños, niñas y adolescentes presentan problemas de rendimiento, así como dificultad para adaptarse a las normas de convivencia, encontrándose con un sistema escolar que tiene dificultad para dar respuesta a sus necesidades individuales, lo que incide en retraso escolar, frecuentes sanciones, estigmatización, hasta llegar a la expulsión de la escuela; que sigue siendo una instancia de protección para evitar conductas como transgresiones a la ley y consumo de drogas, entre otras. Lo anterior, deriva en limitado acceso a las oportunidades de desarrollo personal y social.

Por otra parte, respecto a la salud mental, el maltrato y la negligencia se asocian con conductas de internalización (niños/as tristes, aislados y deprimidos) y conductas de externalización (niños/as agresivos o hiperactivos) durante la niñez.

6.1.5. Modelo Contextual Relacional.

Este modelo se ha empleado en el ámbito de la terapia clínica con familias. Es así, que el Instituto Chileno de Terapia Familiar, adhiere a este modelo para desarrollar su trabajo terapéutico, porque es un enfoque que propone una forma de mirar en la que ponemos atención no sólo en el individuo, sino que, especialmente en las relaciones que establece con las demás personas con las cuales interactúa. Por lo tanto, **“el comportamiento de una persona no lo entendemos sólo como determinado por sus características individuales (biológicas y psicológicas), sino que lo entendemos (sic) en el contexto relacional en el que ocurre (familia, trabajo, comunidad, etc)”** (Bernales, 2012, p.56).

Dicho de otra manera, lo Contextual Relacional, es apreciar las relaciones en sus contextos y es también, reconocer los contextos que están siendo a su vez producidos por esas relaciones. La relación se da siempre en un entorno y éste se modifica por efecto de la relación. Desde esta lógica, cuando un profesional interviene, lo hace desde un nuevo evento posible, con el propósito de articular lo nuevo con lo tradicional y conocido⁵⁴.

Un modelo centrado en los recursos, tiene el supuesto a la base de que todos los sistemas, incluidas las familias, poseen los recursos necesarios para solucionar sus problemas. Para Walsh (2004), este enfoque tiene como objetivo “construir intervenciones sobre la base de áreas de competencia y recursos de la familia, de manera de generar en ella capacidad de acción” (Bernales, 2012, p.61). En este sentido, se comprende que la familia desarrolla comportamientos adaptativos a sus contextos y que el interventor o terapeuta alienta la búsqueda de alternativas, desde ellos, más que enfatizar sus limitaciones o déficits.

Desde el **enfoque centrado en los recursos**, (Walsh, 2004 en Bernales 2012) la intervención es más eficaz si:

- Se centra en pequeños logros, con el objetivo de que la familia vuelva a tener control sobre su vida y recupere la confianza en sus capacidades.
- Para que lo anterior ocurra, se requiere acoger la historia de la persona y/o familia como legítima y no como una serie de faltas. Además, se reconoce que sí han podido enfrentar situaciones complejas, dando cuenta de la resiliencia familiar.
- Se amplía el foco a la red de relaciones familiares y sociales, para identificar aportes que contribuyen a la solución del problema.
- Se realizan intervenciones que realcen las interacciones positivas, así como también, se identifican y valoran las estrategias que han utilizado para *salir adelante*. Hay que amplificar estos momentos, pautas y recursos, puesto que resultan reparadores de la confianza.
- Se estimulan las áreas libres de problema. Consultar por las excepciones al problema, por ejemplo preguntar ¿qué hacen bien?, ¿qué les ha resultado?

El Instituto Chileno de Terapia Familiar (2013)⁵⁵, agrega los siguientes aspectos a considerar en la intervención centrada en los recursos:

⁵⁴ Apuntes de las presentaciones del Curso “Estrategias de Intervención para el Desarrollo de Competencias Parentales”, dirigido a equipos PIB-Programa Vida Nueva (actual 24 Horas), dictado por el Instituto Chileno de Terapia Familiar en el año 2013 por encargo de Deprode, SENAME.

⁵⁵ Idem.

- Elección de un Foco claro para intervenir.
- Efectuar preguntas relacionales (circulares) y de contexto que apunten a la construcción de posibilidades.
- Revisar con la familia otras alternativas que se sientan capaces de desarrollar, más que subrayar limitaciones.

El Modelo Contextual Relacional basado en los recursos, muestra una forma de intervención terapéutica con las familias que es coherente con los enfoques teóricos del programa, en la medida en que aporta estrategias interventivas que se apoyan en el reconocimiento de los recursos de la familia, establece un foco claro para intervenir y establece un vínculo terapéutico, en cual, las personas tienen un rol activo, entre otros aspectos que se constituyen un aporte a la intervención del programa.

6.2 Modelos Específicos de Intervención para la modalidad PDC.

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.

6.2.1. 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.

Etapa	Objetivo
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 constricción 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 halla 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).

6.2.2 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:

- Preguntas Abiertas.
- 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 a 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 a 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.

6.2.3. 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 a 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 auto-observación o el control de estímulos.
Autoeficacia de recuperación	Se refiere a la capacidad de recuperarse de un desliz o 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 emitir 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 si 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 & Iarurgui-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)

6.2.4. 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 todo 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 las mismas. 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 SMART⁵⁶, los cuales deben ser acotados, medibles, alcanzables, realistas y ajustados a un plazo determinado:

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

<i>Estrategias</i>	
<i>Reencuadre</i>	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.
<i>Construir soluciones</i>	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.
<i>Excepciones</i>	Conversación que busca los momentos en la rutina cuando no se presentan los problemas que se están abordando. Las excepciones hechas a

⁵⁶ SMART, por sus siglas en inglés, Specific, Measurable, Attainable, 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.

	propósito y las involuntarias, pero llevadas a cabo por las mismas personas.
<i>Elogios y tareas</i>	Reconocimiento de los esfuerzos por ensayar conductas alternativas en la cotidianidad. Énfasis en lo que ha dado resultado. Las tareas son el plan de tratamiento en acción, deben ser lógicas y razonables y tienen que tener sentido para quien las ejecuta.
<i>Orientación a micrologros</i>	Valoración en los 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.

6.2.5. 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 perceptivomotrices, 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.

6.2.6 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, sobretodo 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.

6.3 Niveles de la Intervención

Los programas del Servicio Nacional de Menores, tienen como foco de intervención la población infanto-juvenil, no obstante desde la perspectiva del enfoque ecológico planteado en acápites anteriores, para generar cualquier cambio en los sujetos, se requiere intervenir en los sistemas en los cuales se encuentran insertos, es decir, al menos en su entorno familiar y socio-comunitario. De este modo, la intervención con los niños, niñas y adolescentes se ubicara en el nivel personal con los adultos responsables en el nivel familiar y con los diversos actores o co-garantes del entorno, en el nivel socio-comunitario.

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 interviniendo⁵⁷ 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 utilizaran rutas más acotadas en cuanto a intensidad y frecuencia de las intervenciones, en cambio en el consumo problemático la intervención se realizara 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

⁵⁷ Esta situación se puede dar solamente cuando el o los otros proyectos intervinientes finalicen su intervención con el niño, niña o adolescente antes que PDC.

de dicho proceso, donde se comprometen ambas partes (terapeuta y usuario) a seguir una rutina de sesiones, informando a la familia de este procedimiento.

6.3.1. 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 que, 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 PDC⁵⁸ 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.

⁵⁸ Todas aquellas disciplinas que estén participando en el diseño e implementación de un Plan de Intervención.

- 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 PDC en su trabajo complementario con otros dispositivos (PIE, PDE, PPF, OPD o MST), 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 PDC 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 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 psicólogo 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 PIE el encargado de abordar la resignificación de la vulneración de derechos y la prácticas transgresora.

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 definido 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 contemplación⁵⁹).

- 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 farmacológico⁶⁰.
- 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 micrologros.
- 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.
- 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.

⁵⁹ Ver etapas del modelo transteórico del cambio.

⁶⁰ 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.

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.

6.3.2. 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 (Bernal, 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 al 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).

6.3.3 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 PDC.

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 PDC 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 derecho⁶¹.

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 a 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 sus 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.

Por otra parte resulta indispensable que el Programa 24 Horas en su conjunto y el dispositivo PDC 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.

⁶¹ El énfasis está dado por el carácter barrial de la intervención. En la guía de trabajo AUGÉ 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).

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, madrinas 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, PDC 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.

6.4 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 **problematización⁶² 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.

6.4.1 Fase de Derivación e Ingreso

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

Tiempo Estimado: 1 mes.

Como se mencionó en el apartado Vías de Ingreso, el dispositivo PDC recibe derivaciones desde los equipos PIE 24 Horas, PDE, PPF, OPD y MST (Terapia Multisistémica). Los

⁶² Desde el modelo transteórico del cambio se comprende la *problematización* como el proceso por el cual se identifican las consecuencias negativas derivadas del consumo en relación al marco general de los objetivos de una persona. Prochaska y DiClemente hablan de “promover la duda”, abriendo una conversación centrada en las razones para abandonar la conducta adictiva y levantar una rutina saludable.

antecedentes del caso que está siendo derivado, de alguno de los equipos antes mencionados, deben ser recepcionados formalmente por el coordinador del proyecto. Esto significa que pueden ser recibidos a través del correo institucional.

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 PDC.
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 Senainfo, si corresponde perfil. Si proviene del PSI 24 Horas de Carabineros deberá quedar consignado en la paramétrica correspondiente en Senainfo.
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 protocolos 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 Senainfo. Confirmara al ente derivante el ingreso del niño, niña o adolescente al proyecto.

6.4.2. 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 post-intervención.
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 AUGE⁶³ 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 ITEMS	DESARROLLADORES	TIEMPO APLICACION
POSIT	139	NIDA ⁶⁴	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

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 a 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 a 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, PDC continúa 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.

De este modo, es posible indicar acciones mínimas a realizar en esta fase:

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

⁶³ 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.

⁶⁴ National Institute on Drug Abuse, organismo gubernamental de los EEUU.

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.

10.- Comenzar a comprender y delinear los aspectos principales que se relacionan y sostienen el patrón de consumo problemático.

11.- Análisis de caso intermedio, a fin de intercambiar información indispensable y realizar correcciones si fuese necesario.

12.- 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:

- Identificación de los usuarios.
- 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.
- 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.
- Nivel de autonomía e individuación logrado por los niños y niñas, en función de su grupo de pares y figuras significativas.
- Considerar la opinión de los niños, niñas y adolescentes y sus familias, respecto de la problematización del consumo de alcohol y/u otras drogas.
- 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.
- Ecomapa participativo entre niño, niña o adolescente y familia. Detección y catastro de redes locales con las que potencialmente cuenta la familia.

- 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.
- 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.
- 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.

6.4.3. 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 al 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 proyectos PIE, PDE, OPD, PPF, MST y/o equipos ambulatorios de salud mental (PIU se elaborará idealmente para derivadores SENAME, para los otros dispositivos del circuito 24 Horas se deberá elaborar el PII) 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 socio-comunitario, 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 problematizar⁶⁵, hasta etapas de acción y mantenimiento de estilos de vida saludables y sin drogas.

El aporte de PDC 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.

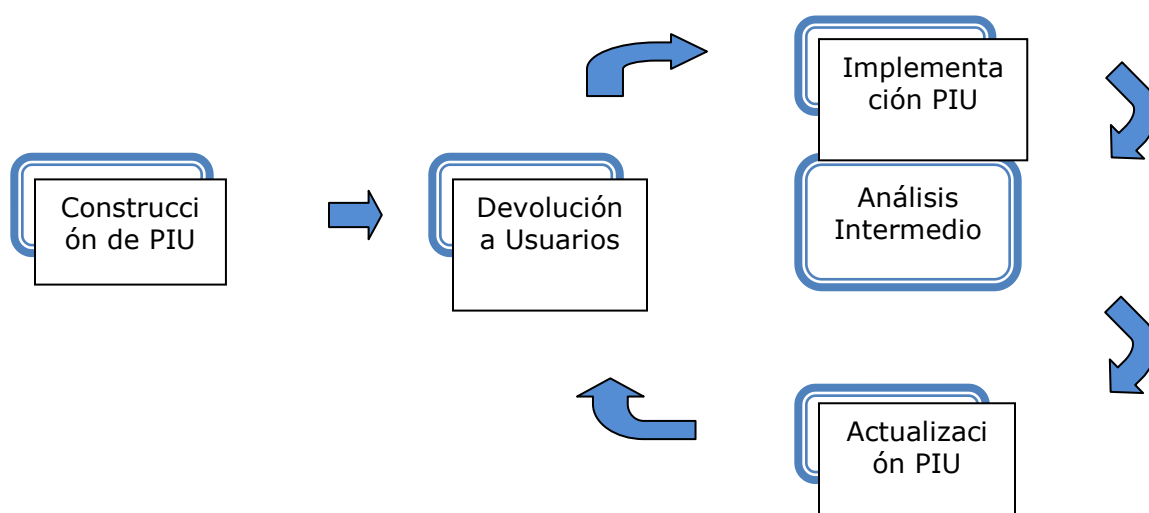
Del mismo modo podrá intencionarse un análisis acerca de la pertinencia de la presencia y abordaje de las disciplinas, apoyos requeridos, contactos establecidos con otros actores comunitarios, revisión de situación familiar de los niños, niñas y adolescentes, revisar capacidad de impacto de la intervención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

Los análisis intermedios para evaluar los PIU desembocan naturalmente en una **actualización del Plan de Intervención**, el cual delinearé 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 PDC. 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 de SENAME, 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

⁶⁵ Según las etapas propuestas por el Modelo Transteórico del Cambio, (ver 8.2.1)

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. En un nivel esquemático, lo que se ha dicho hasta aquí puede representarse del siguiente modo:



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 le 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.

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 sobreintervención, 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 PDC 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, contruidos 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.

6.4.4 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. Releva 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 aparejado 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 al 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 su 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 lugar⁶⁶ 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 lugar⁶⁷ especificadas en el plan de sustentabilidad.

⁶⁶ Corresponde a una decisión técnica si los contactos durante esta fase del tratamiento se realizarán en el territorio, visitas domiciliarias o bien en las dependencias del proyecto.

⁶⁷ Corresponde a una decisión técnica si los contactos durante esta fase del tratamiento se realizarán en el territorio, visitas domiciliarias o bien en las dependencias del proyecto.

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 el PDE, PPF, OPD, MST y/o equipo de salud mental. 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 PIE u otro ente derivante del circuito 24 Horas, **los criterios para establecer el egreso desde el PDC, 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.

El egreso debe ser informado al solicitante de la derivación, esta acción de preferencia ocurre cuando la derivación ha provenido desde un Tribunal de Justicia⁶⁸.

6.5 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.

⁶⁸ Administrativamente se debe formalizar el egreso en la plataforma SENAINFO.

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 PDC 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.

- **RECURSO HUMANO.**

La selección del personal apunta a la contratación de un equipo humano idóneo y con las competencias y experiencia necesarias para trabajar con niñez y adolescencia vulnerada en sus derechos.

Tal como se establece en el artículo 65, título VII del Reglamento de la Ley 20.032, "el personal que los Organismos Colaboradores Acreditados contraten para la ejecución de los proyectos, no tendrá relación laboral alguna con el SENAME, sino que, exclusivamente, con dichos colaboradores, siendo responsabilidad de éstos el estricto cumplimiento de las normas laborales y previsionales".

Así también, dicho artículo indica que "SENAME no podrá intervenir en materias de orden laboral ni relativas a la relación contractuales establecida entre los colaboradores acreditados y sus trabajadores, sin perjuicio de la supervisión del gasto y de la calificación técnica de su personal comprometida en el respectivo proyecto".

7.1 Conformación del equipo de trabajo y descripción de funciones

El Programa PDC 24 Horas, dado su carácter de intersectorialidad, de abordaje de múltiples problemáticas, de trabajo complementario con equipos especializados, y los distintos niveles de intervención que aborda requiere un modo de organización del equipo de intervención, a partir de formaciones y competencias, con un importante nivel de articulación interna (entre lo individual, lo grupal, lo territorial, lo intersectorial) que permita la optimización de recursos y competencias en pos de la atención de cada niño, niña o adolescente ingresado/a.

Bajo esta forma de organización, se favorece la conformación de equipos multidisciplinarios, a la vez que se promueve un trabajo equitativo, ajustado a los recursos del proyecto, y con mayor capacidad de instalación en los espacios cotidianos de cada niño, niña, adolescente y familia atendida. Las formas en que el equipo se organice y se gestione el proyecto, deben ser consideradas a su vez como importantes estrategias que favorecen el autocuidado de los equipos, que contribuyen a prevenir la ocurrencia de procesos de burn-out y rotación de personal.

Se debe considerar la incorporación de profesionales del área social, técnicos, terapeutas y personal de apoyo administrativo. La constitución de este equipo debe velar por una

conformación multidisciplinaria, con formación técnica o profesional acreditada, que favorezca una perspectiva comprensiva e integral de análisis e intervención. Deben contar con título profesional o técnico en el área de las ciencias sociales; en educación social, psicoeducación o profesiones afines; así como con formación y/o experiencia en intervención clínico-comunitaria con niños, niñas y adolescentes; intervención familiar y/o de trabajo en redes.

La totalidad del equipo debe contar con motivación para el trabajo con niños, niñas, adolescentes y sus familias; condiciones para el trabajo en equipo inter y transdisciplinario; competencias (en tanto conocimientos, habilidades y destrezas) para desarrollar relaciones igualitarias en el trabajo individual y grupal tanto con niños, niñas, adolescentes y familias, así como para intervenir en los distintos niveles que contempla el programa y disposición al trabajo en terreno, todo lo anterior sobre la base de un accionar centrado en las orientaciones de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Particular atención deberá prestarse en la selección del Director/a del proyecto dada la particularidad del énfasis de esta modalidad como parte de un sistema de atención que se pone en juego en las interacciones con otros proyectos, y las implicancias que ello conlleva a la distribución de funciones al interior del equipo y la gestión de adecuados procesos de coordinación con otros proyectos, los que estarán a cargo del coordinador/a. El liderazgo ejercido por quien coordine es fundamental para el desarrollo adecuado del proyecto.

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

Cargo: Director/a	Cantidad: 1	Horas: 44
Perfil 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">• 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.• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y adolescencia, deseable formación en el tratamientos para el consumo de drogas y/u otras alcohol.• Capacidad de liderazgo, fijar objetivos y prioridades para el correcto funcionamiento del proyecto.• Capacidad de planificar y gestionar acciones tendientes al logro de resultados de la modalidad.		
Principales funciones y tareas del/la directora/a		
<ul style="list-style-type: none">• Coordinar a su equipo de trabajo, monitoreando la calidad de la atención a la		

población objetivo.

- 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, financieros y gestores territoriales de SENAME.
- Generar informes con antecedentes relevantes y actualizados en casos solicitados desde SENAME.
- Asegurar que la información de los sujetos de atención estén actualizados y que la entrega sea oportuna cuando sea solicitado por SENAME.
- Orientar la ejecución del proyecto de acuerdo al convenio suscrito entre la institución colaboradora y SENAME y cumplir con los requerimientos que corresponda.
- Conocer las orientaciones técnicas y administrativas (resoluciones, circulares, oficios, otros) establecidas por SENAME, 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 SENAME, 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 de SENAME.
- Informar al respectivo Tribunal de Familia cualquier evento que afecte la integridad de alguno de los niños, niñas o adolescentes ingresados a PDC, 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, SENAME 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.

Cargo: Coordinador/a de Procesos de intervención Clínica	Cantidad: 1 o 2 Psicólogos/as (dependiendo del	Horas: 44
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

	diagnóstico territorial y perfil)	
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.		
<ul style="list-style-type: none">• 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 PDC 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		
<ul style="list-style-type: none">• 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 Unificad, 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 Senainfo y en carpeta individual (todas las acciones realizadas deben ser registradas en carpeta y Senainfo).
- Realizar derivación asistida -cuando corresponda- de niños, niñas, adolescentes, ya sea a la red SENAME, circuito 24 horas o redes instituciones y comunitarias.
- Participación en reuniones técnicas del equipo de PDC, con la finalidad de analizar los procesos de intervención y adoptar acciones que permitan avanzar hacia el logro de objetivos en los tiempos propuestos.

Cargo: Coordinador/a de Redes	Cantidad: 1 Trabajador Social 22 o 44 Horas (dependiendo del diagnóstico territorial y perfil)	Horas: 22 o 44.
Perfil <p>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.</p> <p>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.</p>		
<ul style="list-style-type: none">• Trabajador/a Social titulado/a, con formación, experiencia y/o conocimientos de redes de salud mental y comunitaria.• Se mantiene actualizado e informa respecto de los cambios relacionados con las funciones y tareas que les competen.• Promueve el logro de los objetivos de su equipo de trabajo, aportando sus conocimientos.• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.		
Principales funciones y tareas del/la coordinador/a de redes		
<ul style="list-style-type: none">• Establecer contacto con organismos locales que benefician la intervención.• Identifica y evalúa las redes sociales, de acuerdo a los objetivos para el tratamiento de consumo de alcohol y/u otras drogas.• Convoca y asiste a reuniones de coordinación con redes públicas o privadas.• Tomar contacto con cargos claves de dispositivos sanitarios, que faciliten el acceso expedito a los usuarios.• Colabora en la definición de objetivos de intervención en el ámbito social, familiar y comunitario.• 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.• Se debe mantener actualizado e informa respecto de los cambios relacionados al niño, niña o adolescente y su intervención.		

- Desarrollo de trabajo bajo presión y orientado a objetivos.
- Conocimiento del territorio y de las redes gubernamentales de atención.
- Poseer compromiso con la organización y facilitar desarrollo de alianzas.
- Trabaja directamente con el/la directora/a del proyecto.
- Mantener actualizado el catastro y activada la red de organismos e instituciones locales y extensas consideradas como red de apoyo.

Cargo: Responsable de implementación de componentes ocupacionales	Cantidad: 1	Horas: 22
Perfil		
<ul style="list-style-type: none">• 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.• Responsable del diseño, elaboración y puesta en marcha de actividades orientadas a la rehabilitación social, física, cognitiva y ocupacional de los usuarios.• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.• Capacidad para brindar atención cordial y afectiva a niños, niñas y adolescentes.• Se mantiene estable y aporta calma en momentos de tensión emocional cuando el/la niño o adolescente lo requiera.• Acepta y se adapta a los cambios que impactan en su intervención.		
Principales funciones y tareas del/la terapeuta ocupacional		
<ul style="list-style-type: none">• Realizar Evaluación Socio-ocupacional.• 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.• Generar acciones de colaboración, respecto a la información del niño, niña y adolescente, con el equipo y otros intervinientes.• Realiza intervenciones individuales, grupales y familiares.• Realiza evaluación, valoración y limitación de capacidades y habilidades funcionales que presentan los niños, niñas o adolescentes.• Realiza entrenamiento y reeducación en el uso de habilidades básicas e instrumentales para la vida diaria.• Colabora en la confección y cumplimiento del Plan de Intervención Individual o Unificado.• Realiza evaluación y seguimiento de casos.• 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 PDE (formulación de indicadores de avance y logros para otros proyectos).

Cargo: Responsable de procesos de intervención psico-comunitaria	Cantidad: 3 o 4 Técnicos en Rehabilitación (dependiendo del diagnóstico territorial y perfil)	Horas: 44
Perfil 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">• Técnico en Rehabilitación titulado/a, con formación y/o experiencia comprobable en intervención con población infanto-adolescente en programas de tratamiento de drogas.• Deseable experiencia en materia de psicocomunitaria, en contexto de vulnerabilidad social.• 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.• Presentar flexibilidad para cambiar su punto de vista, a fin de llegar a acuerdos que ayuden a solucionar los conflictos.• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.		
Principales funciones y tareas del/la técnico en rehabilitación		
<ul style="list-style-type: none">• Promover cambios en el patrón de consumo.• Participación directa en el diseño de los planes de intervención, permanentemente retroalimentando y bajando a la cotidianeidad los contenidos abordados en procesos clínicos.• Responsable del diseño y la ejecución de estrategias de intervención psicocomunitaria, individual y grupal, con niños, niñas y adolescentes y sus familias.• Coordinación con tutores de equipos PIE/PDE para procesos de intervención en el territorio.• Realizar acompañamiento territorial en acciones que favorezcan la reinserción social y el cambio de rutinas de consumo.• Participar en reuniones de análisis de caso, en permanente coordinación con otras disciplinas participantes.• Trabajo coordinado con todo el equipo PDC, especialmente con psiquiatra y		

<p>psicólogo/a.</p> <ul style="list-style-type: none">• Intervenir en situaciones de crisis, de acuerdo al Protocolo definido por SENAME y lo especificado al respecto por el proyecto.• Capacidad de adaptación al cambio y liderarlos.• Amplio desarrollo de habilidades comunicacionales, orientación al servicio y a la obtención de resultados.

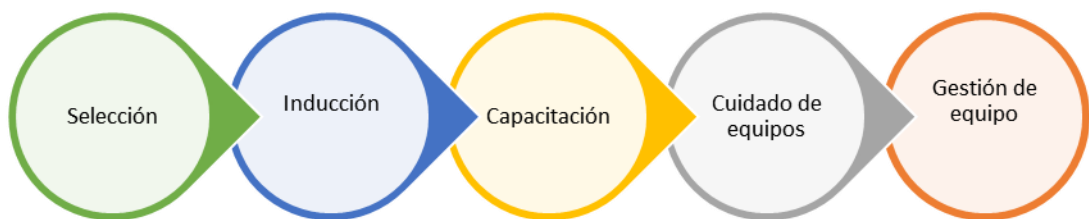
Cargo: Responsable de atención psiquiátrica	Cantidad: 1	Horas: 5
Perfil Responsable de evaluar a usuarios, diseñar esquemas farmacológicos y monitorearlos en el tiempo, en el marco del tratamiento del consumo de sustancias.		
<ul style="list-style-type: none">• Psiquiatra infanto-adolescente titulado/a, con experiencia acreditada en intervención con niños, niñas y adolescentes⁶⁹.• Experiencia en intervención con población que presente consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas.• Conocimiento y experiencia con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social.• Conocimiento en materia de protección de derechos de la infancia y tratamientos para el consumo de drogas y alcohol.• Colabora activamente y genera condiciones adecuadas en la intervención, ofreciendo ayuda permanente a los equipos intervinientes.		
Principales funciones y tareas del/la psiquiatra		
<ul style="list-style-type: none">• 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.		

⁶⁹ 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.

7.2 Gestión del equipo de trabajo

El principal capital con que cuenta un programa de este tipo es sin duda el recurso humano, las personas que conforman el equipo constituyen el recurso más valioso con el que contamos para conseguir los desafíos planteados. Es por ello que resulta fundamental que dentro del proyecto se consideren ciertos criterios mínimos que aseguren un proceso de desarrollo adecuado de quienes integren el equipo, desde su ingreso hasta su salida, como forma de dar valor a los trabajadores y trabajadoras, y como consecuencia de ello asegurar una atención de calidad para los niños, niñas, adolescentes y familias que participan del proyecto. Por lo mismo, **se espera que la institución colaboradora asegure que el máximo porcentaje de recursos financieros esté dirigido al recurso humano de intervención directa**, para promover que se cuente con las mejores capacidades técnicas posibles y se minimice la rotación.

En las presentes orientaciones técnicas se consideran cuatro elementos de la gestión del equipo de trabajo que –como mínimo– deben ser incorporadas en el desarrollo del proyecto, a saber: selección, inducción, capacitación y cuidado de equipos; elementos que deben pensarse dentro de todo el desarrollo del proyecto y no sólo en la etapa de instalación, o durante el primer periodo de ejecución.



7.3 Selección

Como parte del proceso de selección se espera que el proyecto elabore una *descripción de cargo* para cada cargo a contratar, donde se incorpore lo definido en las presentes orientaciones técnicas y las definiciones propias de cada institución en cuanto a competencias técnicas y características personales requeridas para asegurar una atención de calidad y en un contexto de respeto y buen trato hacia los niños, niñas, adolescentes y familias que participan del proyecto. Luego, el proceso de reclutamiento y pre-selección debe estar orientado a encontrar a las personas que en sus antecedentes acrediten contar con los requerimientos que se soliciten en la descripción de cargo.

Se espera que el personal del proyecto sea seleccionado mediante un *proceso de evaluación* que permita asegurar su idoneidad para el trabajo con niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos, y con sus familias. Para esto se propone que se realicen como mínimo las siguientes acciones:

- Entrevista personal donde se indaguen –entre otros– aspectos como actitudes, valores y creencias respecto a la niñez, adolescencia y su protección, así como también hacia las familias.
- Evaluación psicolaboral.

- Chequeo de veracidad de los antecedentes entregados por los/as postulantes: certificados de título, especialización y experiencia acordes al rol y funciones en el proyecto.
- Verificar que no existan antecedentes penales que impidan a quien postula ejercer su labor. Esto implica la presentación por parte de quien postula del Certificado de Antecedentes para fines especiales actualizado (antigüedad no superior a 30 días) y la consulta por parte del Colaborador del Registro nacional de la Ley N° 20.594 sobre **inhabilidades para trabajar con menores de edad**, al cual se puede acceder ingresando a la página web del registro civil. Esta verificación se deberá realizar periódicamente (cada 6 meses) respecto del personal contratado o nuevas contrataciones. Respecto a este último, el Colaborador Acreditado tiene la obligación de consultarlo y revisarlo periódicamente (por lo menos cada 6 meses).

El Organismo Colaborador es responsable de asegurar la idoneidad de los antecedentes psicolaborales de sus trabajadores y trabajadoras. Así también, debe velar para que el proceso de selección sea riguroso y realizado con oportunidad, evitando por ejemplo que los niños, niñas, adolescentes y familias queden sin la debida atención, por lo que en caso de necesidad de contratar funcionarios de reemplazo, es deseable que el proceso no sobrepase un mes desde la notificación o desvinculación producida (si ésta es inmediata). Asimismo, se espera que el proyecto tenga un Plan de Contingencia ante ausencias, licencias médicas, suplencias, etc., el que debe ser conocido por todo el equipo y ejercido a cabalidad; dentro de este plan se debe incorporar la forma de enfrentar estas situaciones en el trabajo complementario que se realiza con otros componentes del circuito 24 Horas, de tal manera que los otros proyectos que estén interviniendo sean oportunamente informados de los cambios en el equipo PIE en tanto afectan los procesos de intervención que llevan en conjunto.

Finalmente, es importante señalar que el organismo colaborador acreditado debe asegurar que el recurso humano presentado en la postulación será el que ejecutará el proyecto en caso de adjudicación. En caso de existir eventuales modificaciones, éstas deberán ser justificadas presentando la propuesta a SENAME, dando cuenta de los motivos por los cuales se requiere realizar cambios y presentando profesionales o técnicos de reemplazo que cuenten con la misma o superior calidad en términos de especialización y experiencia.

7.4 Inducción

Una vez que se ha seleccionado e incorporado a las personas que cumplen con los requisitos solicitados para formar parte del proyecto, se espera que cada trabajador o trabajadora sea parte de un proceso de inducción en el cual se facilite su incorporación al equipo y asunción de funciones del cargo.

Los contenidos mínimos de este proceso deben ser:

- Entrega de información sobre su rol, descripción de cargo, y responsabilidades asociadas.
- Entrega de información sobre la Organización Colaboradora que ejecuta el proyecto, orientaciones técnicas de PDC y el proyecto adjudicado por la Organización Colaboradora. Valores institucionales y estándares sobre el trato hacia niños, niñas, adolescentes y sus familias.

- Presentación formal al equipo que ejecuta el proyecto y a los equipos complementarios. Esta presentación debe incluir la descripción y especificación de su rol y tareas, así como de las responsabilidades del cargo. A su vez, quien ingresa debe conocer estos aspectos sobre los demás integrantes del equipo.
- Traspaso de información sobre el trabajo que se desarrolla en complementariedad con los equipos especializados del Circuito 24 Horas. Esto incluye dar a conocer los objetivos del Programa 24 Horas, así como sus componentes, protocolos de trabajo complementario y otros instrumentos con que se cuente en el circuito.

Se espera con esto que cada persona que se integre al proyecto esté prontamente al tanto de cuál es su rol dentro del proyecto PDC, pero también del Circuito 24 Horas de la comuna, enfatizando la relevancia del trabajo complementario con los equipos especializados.

7.5 Capacitación

Es relevante incorporar en la planificación anual del proyecto instancias de capacitación/formación, de tal manera que el equipo que ejecuta la intervención mejore y actualice sus competencias en los temas inherentes al desarrollo de sus funciones y cuenten con conocimientos actualizados acerca de nuevas concepciones teóricas, estrategias metodológicas, principalmente en temáticas como intervención con enfoque de derechos, abordaje de conductas transgresoras en la niñez y adolescencia, y estrategias de intervención familiar y con adolescentes, de manera de optimizar la intervención profesional y técnica.

Se considera que uno de los factores más importantes para alcanzar los objetivos interventivos, es mejorar la respuesta y transformarse en un elemento positivo para la vida de niños, niñas y adolescentes, lo que se relaciona con la capacidad de los profesionales o técnicos de los equipos de utilizar las herramientas, actitudes y técnicas más apropiadas para apoyar en la superación de las vulneraciones y modificar las conductas transgresoras que tienen los usuarios/as del Programa 24 Horas. Dicho en otras palabras, un factor de peso parece relacionarse con el desarrollo de competencias y habilidades de los profesionales y técnicos que conforman los equipos de trabajo.

Desde esta perspectiva, cobra sentido para el Programa 24 Horas colaborar activamente para la mejora de las competencias de los equipos, lo cual impactará en que los profesionales y técnicos incrementen su capacidad de actuar con eficacia en las diversas situaciones que se les presenten en su ámbito laboral. Es decir, perfeccionen su habilidad para poner en juego todo el repertorio de recursos con que cuentan, de utilizar el saber aprendido y de reafirmar una actitud abierta hacia el aprendizaje permanente. Para el logro de esto último, resulta pertinente ofrecer a los equipos espacios de reflexión y capacitación en temáticas que sean atractivas y de interés colectivo.

Desde ahí las instancias de capacitación permitirían que el profesional o técnico de cada uno de los equipos evoque y amplíe su cuerpo de conocimientos, a través de la reflexión de su propio quehacer y la interacción nutritiva con sus pares. La revisión de conceptos y prácticas en un espacio privilegiado hará posible facilitar la construcción de conocimiento y el desarrollo de habilidades. Este hecho se vincula con la entrega de un servicio de calidad por parte de los profesionales, así como también una mejor adaptación a las exigencias de los entornos locales.

En este sentido, se espera que en cada proyecto se propongan diversas instancias de capacitación para el equipo, que vayan desde capacitaciones internas hasta capacitaciones realizadas por organismos externos acreditados. Se considera también

pertinente el que los proyectos puedan considerar capacitaciones a realizar por otros equipos del Programa 24 Horas, de la Red SENAME y de la Red Local. Asimismo, el equipo PDC deberá contar con disposición para realizar capacitaciones a los equipos del Programa 24 Horas y organizaciones locales.

Sin perjuicio de lo anterior, desde el nivel central de SENAME, y como parte del modelo de gestión del Programa 24 Horas, continuamente se está monitoreando las temáticas transversales que cruzan tanto a la modalidad PDC como a los otros componentes del circuito. A partir de este levantamiento de necesidades e intereses, que intenciona el/la Gestor/a Territorial, es posible definir algunos temas que los equipos buscan fortalecer y profundizar. El hacerse cargo de temáticas consideradas relevantes por los equipos y por el equipo de gestores territoriales permitirá que los proyectos ejecuten su labor interventiva de manera más eficaz y con más herramientas técnicas a su haber. Esto último, ciertamente contribuirá a mejorar la respuesta y el vínculo humano que se construye junto a los niños, niñas. Adolescentes y sus familias. Es necesario por tanto que exista disposición por parte de los proyectos a participar de las capacitaciones que sean gestionadas desde el/la Gestor/a Territorial, ya sea que éstas sean ofrecidas por SENAME o bien por otras instancias a nivel territorial.

7.6 Cuidado de equipo

Se espera que el proyecto que presente el Organismo Colaborador incorpore estrategias de cuidado de equipo. Trabajar en un contexto como la atención a niños, niñas, adolescentes y familias que viven situaciones de alta complejidad y vulnerabilidad social, implica para los equipos interdisciplinarios que intervienen con estas familias una alta carga emocional. Esta se puede ver reflejada tanto a nivel individual como del trabajo y convivencia del equipo, impactando la intervención con el sujeto de atención.

De esta forma la violencia social de la cual son testigos debe considerarse a la hora de intervenir, con el propósito de asegurar la atención y protección de los niños, niñas y adolescentes. Por ello, resulta imprescindible que se desarrollen diversas estrategias que permitan hacerse cargo de que para cuidar a otros es necesario reconocer el impacto que el contexto de alta vulnerabilidad en el que se inserta la intervención genera en los equipos y en los profesionales, y a partir de esto desarrollar estrategias de autoprotección.

La permanente exposición a situaciones de alta vulnerabilidad y marginalidad que involucran también a niños, niñas, adolescentes y sus familias hace probable un nivel importante de desgaste profesional. Las consecuencias pueden apreciarse por ejemplo en la alta rotación de integrantes de un equipo, convivencia que pierde el componente contenedor, empobrecimiento en las discusiones técnicas y baja calidad en el servicio ofrecido.

Por lo anterior, resulta prioritario que los equipos desarrollen estrategias de autocuidado. Se estima necesario que los equipos construyan en conjunto acciones de afrontamiento que eventualmente podrían aplicarse de manera individual o bien como equipo de trabajo. Esta relevancia en el cuidado de cada miembro del equipo, posterior debate y consenso respecto a medidas para aplicar, tiene como propósito principal prevenir los déficits y promover el fortalecimiento del bienestar en los niveles físicos, emocionales y relacionales.

En el año 2014, y como forma de apoyar en este ámbito a los equipos, se ofreció desde SENAME un curso de capacitación denominado “Cuidado de equipos”⁷⁰, dictado por la Universidad de Chile. En este curso se revisaron algunos factores que influyen en el bienestar a nivel laboral, los que se presentan en la tabla a continuación, y que deben ser abordadas por las Organizaciones Colaboradoras en sus propuestas de cuidado de equipos.

Hipótesis generales sobre causas del malestar/bienestar laboral
Naturaleza del trabajo de ayuda.
Implicación con usuarios/contaminación temática.
Falta de retroalimentación.
Inconsecuencia entre el diseño y las condiciones para su ejecución.
Idealización del trabajo de ayuda v/s condiciones efectivas de realización.
Falta de atención a requerimientos de otro orden distintos al sentido: necesidades técnicas, emocionales, relacionales.

Preocuparse por el cuidado del equipo implica también hacerse responsable del propio mirar como interventor social, el cual siempre participa activamente de lo que ve, poniendo en juego sus estados emocionales, premisas y valores en la relación con otro. Un equipo que disminuya su capacidad de dialogar, de intercambiar puntos de vista, perdiendo fuerzas para integrarlos hacia una intervención pertinente y oportuna, corre el riesgo de que su servicio no sea de una calidad óptima. Por su parte, un equipo que levante estrategias de cuidado, incrementará su campo relacional, haciendo posible una dinamización de la conversación, ampliando su mirada y estando disponible para la escucha y la co-construcción junto con el sujeto de atención.

Desde esta perspectiva es relevante comprender que el cuidado del equipo no se trata sólo de una serie de eventos puntuales que se desarrollen cada cierto tiempo, sino que implica el desarrollo de prácticas cotidianas que permitan, entre otras cosas, el fortalecimiento de lazos entre los integrantes del equipo, que cada uno de sus integrantes pueda sentirse escuchado y apoyado en momentos difíciles, revisión de procesos de intervención y dificultades que enfrentan profesionales y técnicos en dichos procesos, etc.

7.7 Consideraciones sobre la rotación de personal

Si bien se espera y se requiere que los Organismos Colaboradores Acreditados realicen todos los esfuerzos posibles para generar equipos estables para favorecer buenos resultados en los procesos de intervención, es necesario tener presente que dentro del proyecto es posible que se produzcan rotaciones de personal, las que si bien se requiere reducir al máximo, no pueden ser desconocidas y ante las cuales deben tomarse las medidas necesarias para que los cambios de profesionales o técnicos afecten en la menor medida posible los procesos que se desarrollan con los niños, niñas, adolescentes y familias.

⁷⁰ Documento disponible en www.sename.cl (Guía para el diseño de estrategias de Cuidado de Equipos).

Las siguientes son medidas mínimas que se considera que los organismos colaboradores acreditados deben tomar para asegurar el resguardo de los procesos de intervención:

- Procesos de selección ágiles que aseguren la rápida incorporación de profesionales o técnicos en reemplazo de quienes dejen el proyecto. Paralelamente, se debe activar el Plan de Contingencia desarrollado para abordar las ausencias de tal manera de asegurar la continuidad de los procesos de intervención en el tiempo de espera de incorporación de quien reemplazará a quien deja el proyecto.
- Profesionales y técnicos que dejen el programa deben realizar un adecuado traspaso al resto del equipo sobre el estado del proceso de intervención desarrollado, así como de los compromisos realizados y que se encuentren pendientes de ejecución.
- Asegurarse de que quien deja el proyecto mantenga actualizados los registros que sean necesarios para el adecuado funcionamiento del proyecto y que sean de su responsabilidad.
- Informar oportuna y adecuadamente a niños, niñas, adolescentes y familias del retiro del profesional o técnico, entregando además una respuesta clara respecto a la continuidad de su proceso de intervención, y entregando el espacio para que haya un proceso de cierre directo y formal en caso de ser posible.
- Informar oportunamente a los proyectos con quienes se esté interviniendo en complementariedad.

Se espera que los organismos colaboradores acreditados consideren estos mínimos en sus propuestas, y que propongan además otras acciones de considerarlo necesario.

7.8 Relación contractual

Tal como se establece en el artículo 65, título VII del Reglamento de la Ley 20.032, "el personal que los Organismos Colaboradores Acreditados contraten para la ejecución de los proyectos no tendrá relación laboral alguna con el SENAME, sino que, exclusivamente, con dichos colaboradores, siendo responsabilidad de éstos el estricto cumplimiento de las normas laborales y previsionales".

Así también, dicho artículo indica que "SENAME no podrá intervenir en materias de orden laboral ni relativas a la relación contractuales establecida entre los colaboradores acreditados y sus trabajadores, sin perjuicio de la supervisión del gasto y de la calificación técnica de su personal comprometida en el respectivo proyecto".

Además, en los convenios celebrados conforme a la Ley mencionada anteriormente, que establece el sistema de atención a la niñez y adolescencia, que se prestan a través de la red de colaboradores acreditados y su régimen de subvención, debe estar destinada al cumplimiento de los objetivos de los respectivos proyectos y al financiamiento de aquellos gastos que origina la atención de los niños, niñas y adolescente, resultando del todo necesario que los derechos de los trabajadores que se desempeñan en los proyectos respectivos sean debidamente garantizados por los organismos colaboradores, de acuerdo a la normativa que resulte aplicable, lo que incidirá en la mejora de la atención que se debe prestar. Se espera que como una buena práctica laboral, se propenda a la estabilidad laboral del recurso humano, considerando que el desarrollo vincular con los/as usuarios es de *"alto impacto en la intervención"*. No obstante lo anterior, debe velarse por el cumplimiento de los derechos laborales establecidos en el Oficio Circular Nº 8, del 01 julio del 2015, que establece: "Asegurar los derechos laborales mínimos a sus trabajadores: feriado legal, permiso con goce de remuneraciones, viáticos, pasajes y demás gastos de

traslado, capacitación, licencias médicas por enfermedades común y por descanso pre y post natal, y beneficios de fiestas patrias y navidad, sí correspondieren⁷¹.

- **SOBRE EL PRESUPUESTO.**

El proyecto considerará una subvención mensual de 9,3 US\$ por cada niño/a o adolescente atendido/a, más la asignación de zona, en casos que corresponde. El valor de la US\$ será reajustado anualmente de acuerdo a la variación del IPC.

- **SOBRE LOS RECURSOS MATERIALES.**

9.1. Respetto del inmueble de funcionamiento.

Es relevante indicar que el funcionamiento general del proyecto, lo que incluye sus condiciones de infraestructura, deberán regirse, por las disposiciones del Ministerio de Salud, establecidas en el "**Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/u otras Drogas**"⁷², Dto. N° 4 de 2009, publicado en el Diario Oficial del 13 de enero de 2010.

Sin desmedro de lo anterior, se debe considerar:

- Local adecuado a las necesidades del proyecto: número de oficinas o salas pertinentes, servicios higiénicos para el personal y para público, accesibles a niños, niñas y adolescentes, sala de recepción, sala de reuniones y en lo posible patio.
- Salas para realización de actividades grupales.
- Debe estar emplazado en la comuna, en un lugar de fácil acceso para la población proveniente de distintos territorios de ésta.
- Adecuadas condiciones de higiene y seguridad.

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 e instalado el proyecto.

9.1 Respetto del equipamiento.

Se requiere como mínimo, tres computadores con las siguientes características técnicas:

- Procesador Intel Core i3 2.8 GHZ, o superior (o similar), capacidad de disco duro no inferior a 160 GB, memoria RAM mínimo de 4 GB MB, unidad óptica D/DVD, (opciones de multimedia son deseables por las características del software actual), deseable tarjeta de Red Fast Ethernet 100/1000 Mbps, Puertos USB 2.0 como mínimo.
- Impresora.

⁷¹ Oficio Circular N° 8. Instruye sobre las obligaciones laborales.

⁷² Para revisar el reglamento aludido ver ANEXOS.

- Sistema operativo Windows 7 Profesional o superior, programas Office 2007 o Superior Standard o Profesional. Navegador Internet Explorer 8.0 (por compatibilidad con Senainfo, Solución Antivirus, Visualizador de archivos PDF.
- Conexión a Internet: ADSL mínima de 2 Mbps nacional / 1 Mbps Internacional.

Importante: Todo el Software instalado en el equipo deberá estar debidamente licenciado y contar además con todas las actualizaciones críticas y recomendadas por el fabricante.

Los requerimientos de computadores son necesarios para el ingreso de información al sistema de registro computacional de SENAME (Senainfo), por tanto es necesario desde el inicio de su ejecución.

Además, se requerirá de teléfono, celular, fax y correo electrónico.

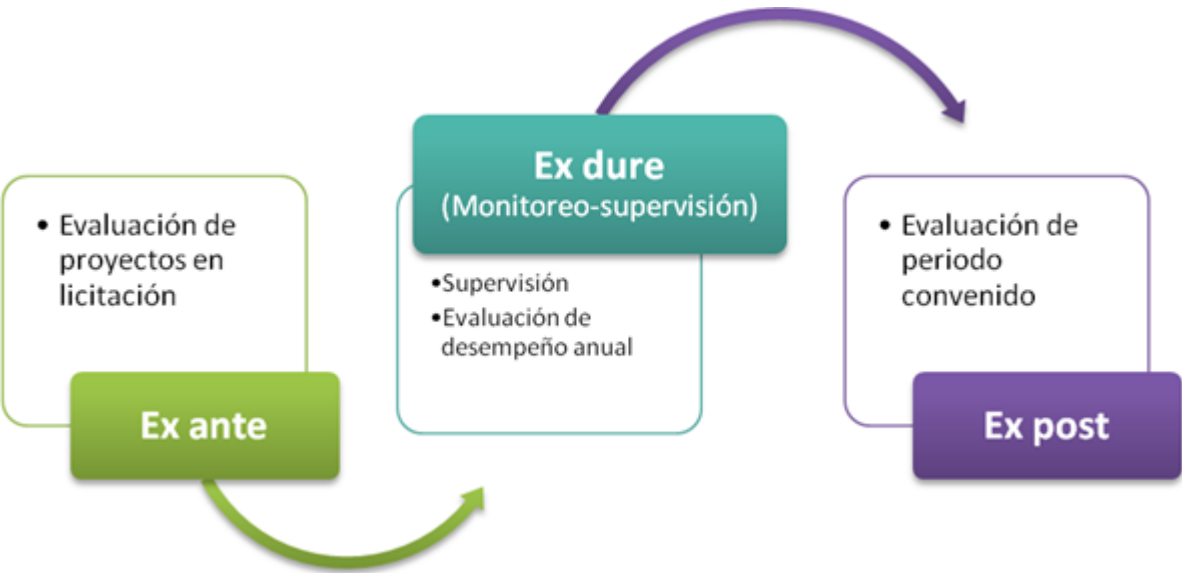
Será importante considerar, dentro de las condiciones de infraestructura y equipamiento, que éstas puedan constituirse además en un aporte para los procesos de intervención complementarios a desarrollar en conjunto con los equipos de los otros proyectos del circuito 24 horas.

• **MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.**

10.1 Evaluación de Proyecto y del Programa.

El monitoreo y la evaluación de la modalidad, se realizará en dos niveles, uno a nivel de proyecto y el otro a nivel de programa. En su conjunto, tendrán como objetivo la generación de información sobre los procesos, resultados intermedios y finales de las intervenciones desarrolladas para la toma de decisiones que permitan su mejoramiento.

10.1.1. En particular, **el Proyecto será monitoreado y evaluado** en las distintas fases de su ciclo de desarrollo, incluyendo:



a.- Evaluación Ex ante: en el proceso de licitación, equipos profesionales del Servicio evaluarán los proyectos presentados por los Organismos Colaboradores en función de los

requerimientos de las bases de licitación. Este análisis se orienta al análisis técnico de la coherencia, pertinencia y factibilidad del diseño presentado para su aprobación.

b.- Evaluación Ex – Dure - Monitoreo: durante la implementación del proyecto, el Servicio observará su desarrollo y resultados a través de:

- **Supervisión:** el proyecto será supervisado por integrantes del equipo de la Unidad de Protección de Derechos de la Dirección Regional, con los objetivos de: velar por el cumplimiento de los objetivos comprometidos por el organismo colaborador en el proyecto de funcionamiento adjudicado y favorecer el auto análisis de los equipos, reflexionar sobre la práctica que permita esclarecer nudos críticos, definiendo cambios y ajustes para el mejoramiento permanente.
Durante las supervisiones, se aplicará el instrumento Informe de Proceso, que mide indicadores relativos a:
 - Condiciones básicas para la atención e intervención
 - Gestión Técnica (Proceso de intervención)
 - Planificación del Proyecto
 - Participación de los usuarios(as)
- **Evaluación anual de desempeño** del proyecto: a través de Pautas de Evaluación Anual de Desempeño y considerando como insumo la autoevaluación de los equipos, los supervisores/as de las Direcciones Regionales califican descriptores asociados a los criterios de:
 - Eficacia: Logro de los objetivos, metas y/o resultados esperados, comprometidos por el proyecto.
 - Criterio Calidad: Mejoramiento continuo de la intervención desarrollada, de la atención brindada
 - Criterio Pertinencia: Nivel de adecuación de la ejecución, conforme al proyecto convenido y a las bases técnicas respectivas
 - Criterio Eficiencia: Mecanismos para el logro de los objetivos, con los recursos disponibles y en el menor tiempo posible.

c.- Ex post:

- **Evaluación del período convenido:** responde a los requerimientos de la Ley 20.032 de subvenciones de SENAME y su respectivo reglamento, para determinar la prórroga de los convenios que firman los colaboradores acreditados para ejecutar proyectos SENAME, por un período igual al estipulado en dicho instrumento. Incluye la medición de la Evaluación anual del primer año y siguientes (según período del convenio).

10.1.2. En el nivel del **programa** se podrán realizar:

a.- Evaluación Ex – Dure - Monitoreo: Se podrá incorporar un proceso de monitoreo sobre la modalidad a nivel programático que permita identificar el desarrollo de los resultados y productos esperados a fin de proporcionar información al Departamento que aporte en la identificación de mejoras a las Bases o Lineamientos técnicos, y de acuerdo con los énfasis para cada período licitatorio.

b.- Ex post: esta modalidad de evaluación, se podrá focalizar en los resultados o impactos del programa, pudiendo incluir algunos de los aspectos siguientes: evaluación de procesos, evaluación de resultados, evaluación de impacto y una aproximación a los

efectos del programa, a partir de la perspectiva de los distintos actores involucrados, especialmente de los niños, niñas y adolescentes.

- En la evaluación de procesos se medirá la cobertura y la calidad por cada componente, es decir, se cuantificarán los productos que han generado los programas.
- En la evaluación de resultados, se analizará la consecución de los objetivos específicos del programa, es decir, en qué medida se cumplió con los resultados esperados o resultados finales.
- En la evaluación de impacto, se observará el o los impactos que haya generado el programa en los sujetos intervenidos, controlando las posibles variables intervinientes, a fin de determinar si los resultados finales alcanzados se produjeron gracias a la intervención del programa.
- La aproximación a evaluación de efectos, indagará respecto de las repercusiones atribuibles al programa en los usuarios/as, especialmente en los niños, niñas y adolescentes. En este nivel interesa aproximarse a las explicaciones que otorgan los propios sujetos al logro o no de los resultados y al por qué.

Para el desarrollo de las acciones de evaluación y monitoreo, es crucial que los equipos ejecutores completen adecuadamente y actualicen la información de Senainfo, que es la fuente de información secundaria más relevante con que cuenta del Servicio para realizar los procesos de monitoreo y evaluación. Los resultados de las evaluaciones son la base para proponer recomendaciones específicas a las autoridades institucionales para la toma de decisiones en torno a los modelos programáticos.

Finalmente agregar que los Organismos Colabores Acreditados y sus equipos ejecutores, deberán estar disponibles a entregar la información que se requiera para el monitoreo y evaluación del Programa 24 Horas.

• **MATRIZ LOGICA.**

• Objetivo General	Indicadores	Fórmula de cálculo	Metas	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.	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados de PDC, con Plan de Intervención Individual (PII) o Plan de	(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 SENAME / Nº de niños, niñas y adolescentes egresados	60%	SENAINFO

	Intervención Unificado (PIU) ⁷³ logrado, que no reingresan en un periodo de 12 meses a programas especializados de la oferta SENAME.	con PII o PIU logrado en el período t)*100		
	<u>Indicador de Eficacia</u> 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%	SENAINFO
Objetivos Específicos	Indicadores	Fórmula de cálculo	Metas	Medios de Verificación
1. Brindar tratamiento especializado en consumo habitual o problemático de alcohol y/u otras drogas a niños/as y adolescentes.	<u>Indicador de Proceso</u> 1.1 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%	SENAINFO
	<u>Indicador de Proceso</u> 1.2 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%	SENAINFO (Contrato terapéutico)
2. 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.	<u>Indicador de proceso</u> 2.1 Porcentaje de niños/as y adolescentes con contrato terapéutico, que problematizan ⁷⁴ 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%	Carpetas individuales (Reporte problematización del niño/a ⁷⁵)

⁷³ Plan de Intervención Individual (PII) en los casos en que la intervención es realizada por una sola modalidad. Y plan de intervención Unificado (PIU) en los casos en que se realiza una intervención con más de una modalidad.

⁷⁴ Desde el modelo transteórico del cambio se comprende la *problematización* como el proceso por el cual se identifican las consecuencias negativas derivadas del consumo en relación al marco general de los objetivos de una persona. Prochaska y DiClemente hablan de “promover la duda”, abriendo una conversación centrada en las razones para abandonar la conducta adictiva y levantar una rutina saludable.

⁷⁵ Esto se debe consignar en reportes de los terapeutas que deben estar en las carpetas individuales.

3. Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo <i>habitual</i> de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico.	<u>Indicador de Eficacia</u> 3.1 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%	Carpetas individuales (Informes de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> 3.2 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que modifica sus patrones de consumo ⁷⁶ de alcohol y/u otras drogas, en el periodo t	(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%	Carpetas individuales (Informe de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> 3.3 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%	Carpetas individuales (Informes de egreso, test de drogas ⁷⁷)
4. Favorecer las condiciones para la interrupción del consumo <i>problemático</i> de alcohol y/u otras drogas en niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico.	<u>Indicador de Eficacia</u> 4.1 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%	Carpetas individuales (Informes de egreso)

⁷⁶ Con modificación de patrón de consumo nos referimos a la disminución de cantidad y/o frecuencia, además de cambio en el tipo de droga consumida.

⁷⁷ En los casos en que se cuente con el consentimiento tanto de las familias, como de los niños, niñas y adolescentes.

	<u>Indicador de Eficacia</u> 4.2 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%	Carpetas individuales (Informes de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> 4.3 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que deja de presentar indicadores suficientes para calificar su consumo como problemático, en el periodo t.	(N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, que deja de presentar indicadores suficientes para calificar su consumo como problemático / N° de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t) *100	40%	Carpetas individuales (Informes de egreso)
	<u>Indicador de Eficacia</u> 4.4 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%	Carpetas individuales (Informes de egreso, test de drogas ⁷⁸)
5. 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> 5.1 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%	Carpetas individuales (Listas de asistencia, registro de actividades)
6. 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> 6.1 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con contrato terapéutico, cuyas familias (o adultos significativos) participa del proceso de	(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%	Carpetas Individuales (Registro de participación de las familias)

⁷⁸ En los casos en que se cuente con el consentimiento tanto las familias, como de los niños, niñas y adolescentes.

	intervención, en el periodo t.			
	<u>Indicador de Proceso</u> 6.2 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%	Carpetas Individuales (Registro de problematización de las familias o adultos significativos).
	<u>Indicador de Eficacia</u> 6.3 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes, cuyas familias (o adultos significativos), experimentan cambios en su interacción familiar que favorecen un proyecto de vida 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 adolescentes con contrato terapéutico, en el periodo t)*100	40%	Carpetas Individuales (Informe de Egreso)
7. 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> 7.1 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%	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%	Carpetas Individuales (Planes de Intervención)

	<u>Indicador de Calidad</u> 7.3 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%	Listas de asistencia de Mesas de Gestión de Casos. Acta de todas las Mesas de Gestión de casos realizadas durante el año.
	7.4 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%	Lista de asistentes a jornadas de capacitación. Programa de actividades de la capacitación. Registro fotográfico.
	7.5 Número de actividades dirigidas a niños, niñas y adolescentes y sus familias, realizadas en conjunto con programas complementarios, en 12 meses	(Nº total de actividades dirigidas a niños, niñas y adolescentes y sus familias, realizadas en conjunto por los programas complementarios/Nºtotal de actividades planificadas (1) dirigidas a niños, niñas y sus familias, en 12 meses)*100	100%	Lista de asistentes. Programas actividades. Registro Fotográfico.
8. 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%	Lista de asistentes a jornadas de formación. Registro fotográfico.

• **METAS DE LOGRO TRANSVERSAL A LA MODALIDAD**

Calidad de la información

- Índice de calidad de la información de acuerdo a los criterios de oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnostico no registrado, información de ingreso sin dato.⁷⁹

⁷⁹ El índice de calidad de la información será definida por el Servicio Nacional de Menores anualmente y será monitoreada a través de la plataforma Senainfo.

- Meta: 1.4 % máximo de error.
- Fórmula de cálculo: (Sumatoria de los subtotales de las categorías oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnostico no registrado, e información de ingreso sin dato)/4

Satisfacción de usuarios respecto de la atención:⁸⁰

- Meta: 80% de la población atendida califica favorablemente la atención recibida en el proyecto.
- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de adolescentes que califican favorablemente la atención recibida en el proyecto en el año } t / N^{\circ} \text{ de adolescentes atendidas en el año } t) * 100$

⁸⁰ La evaluación de satisfacción de usuarios forma parte del proceso de autoevaluación que le compete desarrollar a cada proyecto residencial. Por tanto, la encuesta a aplicar y sus categorías serán materia de elaboración del organismo responsable. Asimismo, desde SENAME se podrá aplicar encuesta de satisfacción usuaria para esta modalidad de atención residencial.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

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 diagnostico 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

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 paginas 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.

Convención por los Derechos del Niño.

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/>

Cortes, 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

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.

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

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

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.proyectohombre.es/archivos/100.pdf

Hidalgo, V. (2005). "Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término", En Revista Universitas 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 Genero 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

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 N°2. 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.seminariosonlinea.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.

Quilodran, 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 N°6, 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

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

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.