



REF: APRUEBA LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y DERIVACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0121

SANTIAGO, 18 ENE 2019

VISTOS: Lo dispuesto en los artículos 5° N°s 1, 12, y 13 del D.L. N° 2.465, de 1979; en los D.S. N°s 356, de 1980 y 307, de 2018, ambos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; en el artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley 1-19.653, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en el artículo en el artículo 3°, de la Ley N° 19.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en el Memorandum N° 354, de 2018, de la Unidad de Salud de la Dirección Nacional del SENAME; en la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

- 1°. Que, en conformidad al artículo 1° del Decreto Ley N° 2465, de 1979, que Crea el Servicio Nacional de Menores y Fija el Texto de su Ley Orgánica, éste es el organismo del Estado que tiene por misión contribuir a proteger y promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en el ejercicio de los mismos y a la inserción social de adolescentes que han infringido la ley penal.
- 2°. Que, en conformidad a lo establecido en el artículo 3° N° 9, del Decreto Ley N° 2465, de 1979, que Crea el Servicio Nacional de Menores y Fija el Texto de su Ley Orgánica, corresponderá al SENAME "*Efectuar la coordinación técnico-operativa de las acciones que, en favor de los menores de que se trata esta ley, ejecuten las instituciones públicas y privadas*". A su vez, el artículo 15 del mismo cuerpo normativo, dispone en su inciso primero en lo pertinente "*Los colaboradores acreditados deberán cumplir las normas o instrucciones generales que, de acuerdo con esta ley, les imparta el Servicio (...)*"
- 3°. Que, en ejercicio de la facultad anteriormente señalada el Servicio Nacional de Menores ha establecido los "Lineamientos para la Detección, Intervención y Derivación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes por Consumo de Alcohol y/o Drogas", el cual ha sido producto del trabajo conjunto de los Departamentos de Justicia Juvenil, del Departamento de Protección y Restitución de Derechos, y de la Unidad de Salud, todos de la Dirección Nacional del SENAME, así como también del Ministerio de Salud y del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.
- 4°. Que, el objetivo del documento citado en el considerando anterior es constituir un aporte al trabajo técnico para todos los equipos de los programas del SENAME, tanto de Organismos Colaboradores Acreditados, así como de Administración Directa, a excepción de los Programas de Representación Jurídica (PRJ), Programas de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), Programas de Intermediación Laboral (PIL) y Programas de Apoyo Socioeducativo (ASE), por sus características y definiciones programáticas.
- 5°. Que, en consecuencia, procede la aprobación de los "Lineamientos para la Detección, Intervención y Derivación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes por Consumo de Alcohol y/o Drogas", por parte de esta Dirección Nacional, a través de la emisión del correspondiente acto administrativo.

RESUELVO:

1° APRUÉBANSE los "Lineamientos para la Detección, Intervención y Derivación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes por Consumo de Alcohol y/o Drogas", del Servicio Nacional de Menores, cuyo texto es el siguiente:

"LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN y DERIVACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS"

1. INTRODUCCION

El consumo de alcohol y/u otras drogas es un problema de preocupación permanente para el Estado de Chile dado que constituye una realidad presente en el país y en la población usuaria de SENAME que incide profundamente en la vulnerabilidad social, contribuye a profundizar desigualdades e inequidades y obstaculiza gravemente el desarrollo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ). Por lo que se requiere un abordaje integral, y articulado intersectorialmente, teniendo en consideración los derechos humanos y el reconocimiento del contexto en el cual estas conductas se expresan.

El Servicio Nacional de Menores (SENAME), tiene por Misión Institucional, *"contribuir a la prevención, promoción, protección y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, vulnerados en sus derechos, así como la responsabilización e inclusión social de jóvenes infractores de ley, a través de una oferta programática en continuo mejoramiento, la cual es entregada por un grupo humano comprometido, constituido por SENAME y sus Organismos Colaboradores"*.

Son sujetos de atención de SENAME, en Protección de Derechos, las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, afectados por algún grado de vulneración de derechos. Mientras que, en Justicia Juvenil, son los adolescentes y jóvenes, que han infringido la Ley Penal entre los 14 y los 18 años de edad. Cabe señalar que, si el imputado o condenado fuere mayor de 18 años o los cumpliera durante la ejecución de cualquiera de las sanciones o durante la tramitación del procedimiento, continuará sometido a las normas de la Ley N° 20.084, que Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal, hasta el término de éste, en conformidad a lo establecido por el artículo 56 de dicha normativa.

Particularmente, en esta población los diversos estudios plantean una alta prevalencia de trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que se encuentran en programas de SENAME, en comparación con la población general, incluyendo los trastornos por consumo de sustancias.¹ Mencionar que en esta población, cualquier tipo de consumo de alcohol y/u otras drogas constituye un riesgo; por ello, la detección y el abordaje de manera oportuna permite prevenir que estos devengan en consumos perjudiciales y problemáticos.

El aumento del consumo particularmente de marihuana y cocaína por parte de los escolares, reflejado en el XI Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar (2015), da cuenta de una realidad que debemos enfrentar en conjunto con políticas permanentes y eficaces desde el Estado. Las declaraciones de consumo de marihuana del último año (2017) llegan a niveles significativamente mayores que en los estudios previos, alcanzando a un 34,2 %, lo que equivale a 3,6 puntos porcentuales más que los registrados en el estudio anterior (2013) y 19,1 puntos porcentuales más que 2009, siendo este resultado el más alto de la serie de estudios. En relación al consumo de cocaína (clorhidrato), tomando como referencia la prevalencia de último año, este estudio registra una variación significativa en el consumo de dicha sustancia. La tendencia de la serie había marcado el valor más alto en 2013 con un 3,6%, sin embargo, en el presente estudio se supera dicho registro llegando a un 4,2% en 2015. Por otro lado, el Informe Anual del año 2017 de SENDA, respecto al "Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas", muestra que, de una población total de más de 1.300 personas, los menores de 15 años ingresados al programa corresponden al 23.8%, y entre los 16 y 18 años, corresponderían al 44,7% del total.

Se debe por tanto instaurar mecanismos que permitan controlar los factores de riesgo de consumo alcohol y/u otras drogas: cuanto más temprano se detecta e interviene, mayores son las probabilidades para los NNAJ, de crecer y desarrollarse con menor vulnerabilidad e inequidad.

A partir de lo anterior, se hace fundamental la necesidad de fortalecer la responsabilidad institucional en el trabajo de prevención del consumo de alcohol y/u otras drogas y la intervención que le compete a cada uno, de acuerdo a las políticas públicas que se diseñan y ejecutan en el

¹ Para mayor profundización, revisar: "Estudio Diagnóstico en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes Atendidos en el Marco del Programa Vida Nueva" Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, 2012; "Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes Infractores de Ley en Chile", de Jorge Gaete, Nicolás Labbé, Paloma del Villar, Catalina Allende y Eduardo Valenzuela, Escuela de Psicología Universidad de los Andes, Instituto de Sociología Universidad Católica de Chile. Publicado en Rev. Med. Chile 2014; 142: 1377-1384; "Estudio Diagnóstico de la Situación de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría para Población de Adolescentes que cumplen Condena en CIP-CRC" de la Fundación Tierra de Esperanza - Servicio Nacional de Menores, febrero 2012; "Informe Final Estudio de Prevalencia de Enfermedades Mentales en Adolescentes Privados de Libertad en virtud de la Ley N° 20.084". SUSTENTANK y Ministerio de Justicia, 2012

trabajo colaborativo con Ministerio de Salud (MINSAL), Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y Alcohol (SENDA) y el Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Un avance importante para lo anterior, entre otros, ha sido el diseño e implementación del "Sistema intersectorial de salud Integral con énfasis en salud mental para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley N° 20.084 que Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal²". Este sistema, en proceso de implementación progresiva, ha permitido reforzar la articulación entre SENDA, MINSAL y SENAME, con el objetivo central de fortalecer y mejorar la salud integral de los NNAJ.

Particularmente, el presente documento pretende contribuir en el proceso de pesquisa temprana de consumo de alcohol y/u otras drogas y la intervención oportuna con NNAJ en este ámbito.

Finalmente, estos lineamientos están dirigidos y esperan ser un aporte al trabajo técnico para todos los equipos de los programas de SENAME, tanto de Organismos Colaboradores Acreditados (OCA), así como de Administración Directa, a excepción de los Programas de Representación Jurídica (PRJ), Programas de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), Programas de Intermediación Laboral (PIL) y Programa de Apoyo Socioeducativo (ASE), que, por sus características y definiciones programáticas, no realizarán tamizaje.

Estos lineamientos para la aplicación de tamizaje e intervención, tienen su base en los siguientes documentos elaborados por el Ministerio de Salud y Organización Mundial de la Salud (OMS), los que han sido adaptados a la intervención que deben realizar los profesionales de la oferta programática de SENAME.

- "Orientaciones técnico administrativas para la detección, intervención breve y referencia asistida para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en atención primaria" (Ministerio de Salud, 2017), disponible en <https://www.scribd.com/document/374863159/OOTT-Administrativas-Programa-DIR-2017-Oficial>
- "Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes" (Ministerio de Salud, 2015), disponible en <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-Detecci%C3%B3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf>
- "La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria" de la Organización Mundial de la Salud, 2011, disponible en http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf

Se sugiere la revisión de estos documentos para una mayor comprensión de los instrumentos que se presentarán (CRAFFT y ASSIST) en el presente lineamiento y las intervenciones asociadas.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) cuentan con cursos virtuales gratuitos, para capacitar al personal de atención primaria, desde médicos y enfermeras, hasta asistentes sociales, profesionales que trabajan con jóvenes, o en centros de detención, entre otros. Uno de estos corresponde a

- "Paquete ASSIST-DIT (Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas), en español, disponible en <https://www.campusvirtualsp.org/?q=es/cursos/auto-aprendizaje>.

Los profesionales que aplicarán tamizaje e intervenciones motivacionales, deberán realizar este curso. Podrán exceptuarse aquellos que hayan recibido capacitaciones presenciales.

² El año 2017 se inicia la implementación en los territorios de los Servicios de Salud de Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar-Quillota, Valdivia, Magallanes y Metropolitano Sur Oriente. El año 2018 se incorporan también los territorios de los Servicios de Salud Arica, Antofagasta, Maule, Concepción, Reloncaví y Metropolitano Occidente.

2. EL CONSUMO DE DROGAS EN NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES

El consumo de alcohol y otras drogas en niños o niñas, específicamente en menores de 10 años de edad, es algo poco frecuente, pero existente, siendo escasos los estudios que indagan sobre las características del consumo a tan temprana edad. En Asia del Sur distintas instituciones se han encargado de estudiar el consumo de drogas en niños, especialmente aquellos que se encuentran en situación de calle (India, Bangladesh, Paquistán, entre otros), no obstante, en América los estudios son aún más escasos. En Guatemala, de acuerdo a los resultados de un estudio nacional sobre consumo de sustancias en niños y los factores de riesgo, el año 2014, donde se obtuvieron resultados de una muestra de 15.868 estudiantes de 158 escuelas públicas y privadas, se encontró que el 7,5% ha utilizado marihuana alguna vez, el 4,4% consume cocaína, el 9,5% inhalantes. De estos, por ejemplo, se encontró que la edad promedio de inicio de marihuana o inhalantes era 6 años. Otros estudios han sido realizados en Brasil, donde, por ejemplo, se encontró que la edad de inicio del crack era de 9 años en hombres y 11 años en mujeres, de acuerdo a lo reportado por 24 prestadores de tratamiento que representaban 8 regiones del país (Colombo Plan, 2015). Ahora, respecto a la **población infantil**, si bien es posible categorizar los tipos de consumo, la experiencia apunta a que, en esta población, frente a cualquier tipo de consumo se debería hablar de **consumo problemático o de consumo de alto riesgo**, debido a la cantidad de factores de riesgo que se acumulan en un niño o niña que consume y el daño asociado al uso de sustancias.

Asimismo, la experiencia internacional ha mostrado que, en el caso de los niños y niñas, aquellos que se encuentran en situación de calle son captados y utilizados frecuentemente por traficantes para vender drogas, dado que son fácilmente accesibles, baratos para emplearlos, dóciles y la ley sería más indulgente con ellos. De hecho, por ejemplo, los niños que venden marihuana comienzan a menudo a consumirla también, en general, antes de los 10 años (Colombo Plan, 2015a).

Por otro lado, en cuanto a los **adolescentes**, tal como se señala en el documento de Orientaciones Técnicas para la Detección, Intervención Motivacional y Referencia a Tratamiento para el Consumo de Alcohol y otras Drogas en Adolescentes, "esta es una etapa en que están expuestos a nuevos ambientes, a desafíos emocionales, sociales y en que el sentimiento de ser invulnerables, omnipotencia y la influencia de pares es muy fuerte. Hallazgos recientes en la investigación en neurociencias, muestran que el proceso de desarrollo neurológico en el transcurso de la adolescencia se acompaña de una mayor vulnerabilidad frente a diversos factores, entre otros, el consumo de alcohol y otras drogas. En efecto, la edad del primer consumo está inversamente correlacionada con la incidencia de trastornos por consumo de sustancias. Por lo tanto, el consumo de alcohol y otras drogas **es un importante factor de riesgo para el desarrollo integral del adolescente**" (MINSAL, 2015, p.4).

Es importante tener en consideración que el consumo de alcohol y otras drogas "implica riesgos para la salud que pueden generar consecuencias diversas mucho antes de que se desarrolle la adicción, por lo que es relevante anticiparse a dichas conductas y establecer los procedimientos necesarios de cuidado y protección. Es necesario destacar que los adolescentes parecen ser particularmente susceptibles a las conductas de riesgo, siendo el consumo de sustancias una de ellas, la que a su vez los expone a otros riesgos, en tanto les impide tomar decisiones apropiadas; sin embargo, también se reconoce la adolescencia como una etapa de oportunidad para el cambio y mantenimiento de conductas positivas de autocuidado. Por ello, es crucial aprovechar toda instancia de atención del adolescente para fortalecer los factores y conductas protectores e identificar precozmente los factores y conductas de riesgo, con objeto de poder intervenir en forma oportuna" (MINSAL, 2015, p.4).

La Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020, incluye la meta de reducir la discapacidad asociada a trastornos mentales, entre otros, aquellos debidos al consumo de sustancias e identifica como una de sus herramientas para alcanzarla, el ingreso a tratamiento de adolescentes con trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Por otra parte, el foco estratégico general en la población adolescente, incorpora objetivos en detección e intervención de factores de riesgo, entre los cuales aparece el consumo de alcohol y otras drogas (MINSAL, 2015, p.4).

En cuanto a la situación de consumo en esta población, de acuerdo al XI Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar (SENDA, 2015), la edad de inicio para el consumo de diferentes drogas corresponde a 14,5 años para marihuana, 14,9 años para cocaína y 14,1 para pasta base. En el caso de alcohol, la edad promedio de inicio de consumo muestra un aumento significativo respecto a 2013, llegando a los 13,8 años de edad.

De acuerdo al XII Estudio Nacional de Drogas en Población General en Chile (SENDA, 2016), la prevalencia de último mes de alcohol en la población de 12 a 18 años es de 18,7%. Por su parte, de acuerdo al XI Estudio de Consumo de Drogas en Población Escolar de Chile (SENDA, 2015) el alcohol es la droga de mayor consumo entre los escolares en Chile. El 35,6% de las personas declaran haber consumido alcohol durante el último mes, de los cuales el 64,4% señala haber tomado 5 o más tragos en una sola ocasión en los últimos 30 días.

Respecto al consumo de marihuana, de acuerdo al XI Estudio Nacional de consumo de Drogas en Población Escolar (SENDA, 2015), las declaraciones de consumo de marihuana en el último año alcanzan el 34,2% registrando un aumento de 3,6 puntos en relación a los registrados en el estudio anterior (2013) y 19,1 puntos porcentuales más que 2011.

Respecto al consumo de cocaína, el XII Estudio Nacional de Drogas en Población General en Chile (SENDA, 2016) antes citado, muestra que las declaraciones de consumo de esta droga en el último año son de 0,3%, para el grupo entre 12 y 18 años.

Finalmente, en cuanto a pasta base, la prevalencia año corresponde a un 0,3% para el mismo grupo etéreo.

Por otro lado, estudios revelan que los NNAJ vinculados a la Red SENAME, tanto de protección de derechos como responsabilidad penal adolescente, presentan características psicosociales de mayor vulneración que la población general. Un estudio realizado en el marco del Programa 24 Horas de SENAME (2017), con población en protección de derechos (muestra representativa de los Programas que componen el Circuito 24 Horas), señaló que el "42% de los entrevistados inició consumo por primera vez entre los 12 y 14 años de edad. Mientras que la menor edad registrada fue entre 6 y 8 años, siendo éste un 3%". "Aquellos que consumen habitualmente, representan un 45%"³.

El estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva, hoy Programa 24 Horas de SENAME (Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, 2012) con población en protección por vulneración de derechos, arrojó una prevalencia de 69.1% de cualquier trastorno mental en niños, niñas y adolescentes, siendo los más prevalentes:

- Riesgo de suicidio (45.3%)
- Dependencia de drogas (40%)
- Trastornos de conducta (disocial 25.7% y negativista desafiante 23.5%)⁴.

Además, el estudio "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes de 14 a 17 años, infractores de ley en Chile"⁵, determinó que la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes que se encuentran cumpliendo algún tipo de condena en centros cerrados o semi-cerrados es de un 86.3%, siendo los más frecuentes:

- 75.5% de trastornos asociados al consumo de sustancias por abuso.
- 37.8% de trastornos disruptivos (27.7% de trastorno de conducta y 27.1% de trastorno opositor desafiante).⁶
- 25.4% de trastorno por déficit atencional.

3. MODELOS Y ESTRATEGIAS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

El consumo de alcohol y otras drogas tiene una significación y características específicas en NNAJ. Por lo tanto, se hace necesario conocerlas apropiadamente antes de intervenir, considerando las particularidades de las distintas etapas del desarrollo y las necesidades específicas de cada persona. Es importante identificar las motivaciones que llevan a NNAJ a consumir, considerándolo de manera integral y tomando en cuenta otras dificultades que pueda tener y no centrarse únicamente en la sustancia que consume.

Según lo descrito en MINSAL (2015), "particularmente, la adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y se aumenta el desarrollo de dependencia en

³ "Estudio de evaluación de Programas de Intervención Especializada del Programa 24 Horas", 2017. SENAME

⁴ Centro de Estudios de Promoción para el Buen Trato, SENAME y Pontificia Universidad Católica. (2012). Estudio Relativo al Diagnóstico En Salud Mental De Niños, Niñas Y Adolescentes Atendidos En El Marco Del Programa Vida Nueva. Resumen Ejecutivo. Pág. 6.

⁵ Gaete, Jorge, Labbé, Nicolás, del Villar, Paloma, Allende, Catalina, & Valenzuela, Eduardo. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. Revista médica de Chile, 142(11), 1377-1384. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100003>

⁶ Se consideran trastornos de conducta y trastornos opositoristas desafiantes con posibilidad de ser comórbidos.

la edad adulta. De la misma forma, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos. Entre los factores del desarrollo que contribuyen al uso temprano o continuado de drogas se encuentran el sentimiento común de los adolescentes de ser invulnerable, la necesidad de autonomía, y la influencia o presión del grupo de pares. En relación a las motivaciones de la población adolescente, se ha observado que la curiosidad sería el primer factor de motivación y luego el placer, aunque favorablemente muchos de los jóvenes se dan cuenta de que la satisfacción es momentánea. Los que mantendrían el consumo evidenciarían una tercera gran motivación, la del "soporte artificial", es decir, adolescentes que no encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para relajarse, y solo lo hacen mediante un producto químico que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de medios naturales".

Para comprender los comportamientos del consumo de sustancias y las dificultades que las personas presentan para abandonar conductas que ponen en riesgo su salud, el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente, permite reconocer diversos momentos de disposición o motivación para cambiar, lo que facilita la intervención de los equipos de SENAME. En la medida que el profesional o técnico logra identificar el estadio motivacional que presenta una persona en un momento dado, puede desarrollar estrategias específicas que han demostrado tener mayor resultado y por ende facilitan la intervención (MINSAL, 2015).

Es necesario considerar las características de la población a la cual irán dirigidas estas estrategias, adecuando las metodologías a la etapa del desarrollo (por ejemplo, estados afectivos y motivacionales). En este sentido, el modelo transteórico representa un marco de referencia y debe ser utilizado con flexibilidad al momento de aplicarlo o a lo menos debe re-evaluarse el estadio motivacional cada vez que se toma contacto con el NNAJ de manera de verificar cada vez cuál es su disposición motivacional.

3.1 Modelo Transteórico del Cambio

Como se señaló anteriormente, es importante considerar que lograr el cambio de conducta no es fácil, por ello es necesario entender el cambio como un proceso, en el cual la disposición motivacional del NNAJ va avanzando por diferentes etapas. Lo primero a tener en cuenta es que la sola percepción de riesgos no cambia la conducta, de lo contrario no existirían personas que presentaran en forma reiterada conductas que dañan la salud. En el cambio de conducta están presentes aspectos afectivos, sociales y contextuales, que van más allá de la mera entrega de información o comprensión cognitiva de las situaciones, pero así mismo la evidencia señala que a mayor percepción de riesgo frente al uso de una determinada sustancia, menor es la probabilidad de iniciar el consumo de ella. De ahí la relevancia que frente a cualquier oportunidad de intervención y considerando que la ambivalencia (sí - no; "lo tomo- no lo tomo"; correcto-incorrecto, hace daño - no hace daño) es un elemento que está presente en las personas que han pensado realizar un cambio de conducta, se recurra a más elementos y apoyos que faciliten realizar una toma de decisión adecuada frente a las opciones que se presentan y permitan a su vez mantener conductas concretas de cambio (MINSAL, 2015).

Así, resulta relevante en el desarrollo de la intervención motivacional, incorporar elementos del Modelo Transteórico del Cambio, trabajando desde una perspectiva estadio-específica y no sólo desde consideraciones de un cambio lineal y progresivo hacia el estadio de acción. Los NNAJ pueden pasar de un estadio a otro de manera rápida o por el contrario detenerse "obstinadamente" en alguna etapa (MINSAL, 2015).

Es importante tener presente que las estrategias motivacionales tienen mejores resultados y son más relevantes en los primeros estadios del cambio (precontemplación, contemplación y determinación), mientras que en los últimos estadios (acción y mantención) son fundamentales el desarrollo de habilidades de afrontamiento y acciones que fortalecen la autoestima. (MINSAL, 2015)

A continuación se muestra un cuadro de acciones y estrategias adaptadas a los estadios del cambio (MINSAL, 2015).

ESTADIOS	ACCIONES A DESARROLLAR EN LA INTERVENCIÓN	TÉCNICAS
Precontemplativo (no ve el problema)	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el hábito y estudiarlo. • Elaborar mapa de creencias. • Trabajar la ambivalencia. • Evitar y trabajar las resistencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Evitar trampas • Reconocer resistencias

Empatía

	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 		
Contemplativo (ve el problema, pero con muchas dudas)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea 	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Lo anterior • Hoja de balance
Determinación (Dispuesto a cambiar)	<ul style="list-style-type: none"> • Que el NNAJ verbalice el compromiso de cambio. • Ayudar a elegir la mejor estrategia. • Desarrollar un plan de acción en conjunto. 	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas activadoras • Hacer resúmenes
Acción (ha iniciado el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la autoeficacia • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito. 	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Preguntas activadoras.
Mantenimiento (mantiene el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas • Aumentar la autoeficacia 	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias realistas para afrontarlas.
Recaída (vuelve a la conducta anterior)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso. • Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Señalamiento emocional • Reestructuración positiva.

3.2 Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una forma de intervención psicosocial, destinada a ayudar a las personas a modificar sus hábitos o conductas, por lo que para la relación de ayuda con los NNAJ puede resultar de gran utilidad (MINSAL, 2015).

Se define la entrevista motivacional como: *"Un estilo de comunicación colaborativo y orientado a una meta, que presta una atención particular al lenguaje de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso hacia una meta específica, y utiliza para esto, la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona para el cambio en una atmósfera de aceptación y compasión"* (op. cit.).

La entrevista motivacional es particularmente concordante con las características del adolescente, con su necesidad de ejercer su independencia y tomar sus propias decisiones, a la vez que lo invita a reflexionar y buscar sus propios argumentos para el cambio (op. cit.).

La entrevista motivacional es una herramienta ampliamente utilizada para abordar el uso de sustancias. La evidencia de su aplicación particularmente en adolescentes es reciente, sin embargo, estudios de meta-análisis muestran resultados consistentes. De 39 estudios revisados, el 67% logra diferencias significativas en la disminución del uso de sustancias. La evidencia se orienta a la eficacia de realizar una intervención breve basada en entrevista motivacional luego de la detección de consumo de drogas en adolescentes y los fuertes efectos tenderían a estar relacionados con reducción de consecuencias negativas del uso de sustancias en la conducción, accidentabilidad y sexualidad. Un estudio realizado en Colombia sugiere que la entrevista motivacional es una técnica promisoría para la intervención con adolescentes colombianos ya que tendría efectos positivos sobre la motivación intrínseca y extrínseca. Una serie de estudios realizado con jóvenes en el Reino Unido mostró la eficacia de introducir una sesión de entrevista motivacional en jóvenes que no buscaban tratamiento. En esta sesión se discutía su uso de alcohol, tabaco y otras drogas usando la entrevista motivacional. En estos estudios, se logró cambios positivos en el uso de cigarrillos, alcohol y, en menor medida, de cannabis. Finalmente, hay evidencia de que los aspectos de la entrevista motivacional que fueron predictivos del cese de consumo de cannabis (jóvenes entre 16 y 19 años) son: adherencia del entrevistador al espíritu de la entrevista motivacional y mayor proporción de reflejos complejos, una microhabilidad de la entrevista motivacional. (op. cit.)

Este estilo de entrevista se basa en 5 principios (Rojas, C. y Muñoz, E., 2011; Colombo Plan, 2015b):

- Expresar empatía, que significa aceptar y respetar al NNAJ pero no, necesariamente, aprobarlo. Cuando el NNAJ percibe empatía en el otro puede estar más abierto a hablar respecto de sus dificultades y sus creencias respecto del consumo, así como puede sentirse más cómodo para examinar su ambivalencia.
- Desarrollar discrepancia, es decir, que el NNAJ logre reconocer donde se encuentra y donde querría estar respecto al hábito o conducta a cambiar. Interesa, por tanto, aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre su conducta actual y los valores importantes de su vida. Quien interviene, apoya gradualmente al NNAJ a visualizar cómo algunas conductas actuales, por ejemplo, pueden alejarlo de sus metas posibles, en lugar de acercarlo.
- Evitar argumentar o discutir con el NNAJ por la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto puede crear mayor resistencia. El NNAJ no puede sentir que su capacidad de elección está siendo limitada o su libertad coartada ya que puede implicar bloqueos o la anulación del profesional. Existe muchas veces la tentación de discutir con el NNAJ, especialmente si creemos que una determinada acción es la correcta para comportarse. Sin embargo, la discusión puede aumentar las resistencias, sobre todo si el NNAJ siente que se le está tratando de convencer que tiene un problema ó que tiene que hacer algún cambio.
- Trabajar las resistencias del NNAJ evitando las actitudes del interventor que puedan facilitarlas. Quien interviene se mueve con el NNAJ para explorar las resistencias. Tratar de imponer un cambio "por su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación de ayuda conlleva la obligatoriedad de un cambio, regañar o castigar al NNAJ frente al no cambio, entre otros, son ejemplos claves de lo que no se debe hacer.
- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla.

Este estilo de comunicación otorga una guía para establecer una conversación acerca del cambio de conducta y propone habilidades, que facilitan todo ello sustentado en cuatro elementos claves que constituyen el espíritu de la entrevista motivacional. Es importante que quienes intervienen, reflexionen acerca de si estos cuatro elementos son consistentes con la perspectiva personal acerca de la intervención en estos temas. Ya que adherir a estos elementos del espíritu de la entrevista motivacional permitirá lograr que las intervenciones sean verdaderamente motivacionales (MINSAL, 2015).

3.2.1 Elementos del espíritu de la entrevista motivacional

La entrevista motivacional se sostiene en lo que se denomina su "espíritu", el cual se trasmite a través de las diferentes intervenciones y de la postura de quien realiza la intervención, el que manifiesta la convicción de que la motivación es evocada en el otro y no impuesta y que lo central es lograr comprender el marco de referencia de la otra persona. El "espíritu" está compuesto por:

1. **Colaboración:** la conversación acerca de conductas de riesgo implica la participación activa de dos expertos; el profesional es experto en el tópico del cual se va a hablar y la persona es experta en cómo este tópico se aplica en su vida y en cómo incorporar cambios en ella. La responsabilidad del cambio es de la persona, no del interventor.
2. **Aceptación:** interés activo por comprender la realidad del otro y validarla. Esto implica apreciar y valorar el potencial de todo ser humano, reconocer sus fortalezas y esfuerzos y capacidad para dirigir su vida (autonomía). Aceptar no implica aprobar las acciones del otro.
3. **Evocación:** estimular la autorreflexión y la emergencia de las propias motivaciones al cambio, a través de distintas intervenciones. Implica focalizarse y comprender las fortalezas y recursos del adolescente, más que en los déficits.
4. **Compasión:** promover activamente el bienestar del otro y centrarse en lo mejor para su salud. Esto es el elemento que hace la diferencia entre buscar el beneficio personal o el beneficio del otro.

Estos elementos del "espíritu" invitan a reflexionar a los equipos encargados de atender población infante adolescente, sobre la percepción que se tiene de los NNAJ, considerarlos como sujetos activos de derechos y con potencialidades, pues son elementos que determinan el curso de la relación de ayuda que se puede establecer, en el marco del desarrollo de una autonomía

progresiva. Es también visibilizar los aspectos culturales y de contexto en el cual se desenvuelven los NNAJ para evaluar los factores de riesgo y de protección que presentan; todo esto enmarcado en las características propias de las distintas etapas del desarrollo (MINSAL, 2015).

3.2.2 Micro-habilidades deseables en los profesionales o técnicos

Las microhabilidades corresponden a destrezas comunicativas centradas en la persona que proveen una plataforma para transmitir el espíritu de la entrevista motivacional durante una conversación. Las microhabilidades pueden ejercitarse y se sugiere prestar mucha atención o "automonitorearse" al momento de utilizarlas, de manera de retroalimentarse activamente en estas destrezas. Las microhabilidades son 5 (MINSAL, 2015):

1. **Preguntas abiertas:** Son aquellas preguntas que no pueden ser contestadas con una o dos palabras. Invitan a un amplio abanico de respuestas y animan al NNAJ a que profundice y amplíe su respuesta. Estimulan la reflexión y estimulan al usuario a darle dirección a la respuesta. Por ejemplo: "me gustaría comprender más... cuéntame" "¿Qué aspectos de tu salud te preocupa más?", "¿Qué crees que te podría suceder si continuas con el consumo?".
2. **Afirmar o reforzar:** Son frases de reconocimiento y valoración, apoyan al NNAJ en el proceso de cambio, aumentan la percepción de autoeficacia y facilitan la creación de un clima cordial. Por ejemplo: "te felicito Juan por venir a verme, no todos los adolescentes son capaces de darse cuenta de la necesidad de cambiar y de solicitar ayuda...", "debe ser difícil para ti mantenerte sin consumo", "pareces una persona muy optimista". Las afirmaciones no son fáciles, pues pueden levantar en el/la adolescente suspicacia, ver al facilitador como juzgándolos o siendo condescendiente con ellos/as .

En caso de que el/la NNAJ no consuma o haya utilizado buenas estrategias para enfrentar situaciones de riesgo es muy importante que el profesional valore y refuerce esta conducta. Así, afirma estilos de vida saludable o hábitos protectores.

3. **Reflejos:** Hipótesis sobre lo que la persona ha querido decir y se expresa en forma de aseveración (no pregunta). Es un intento por verificar que lo que se entendió calza con lo que la persona quiso decir y rescata aquellos aspectos verbalizados por el NNAJ, que orientan hacia la conducta de cambio. Pueden incluir aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y hay distintos niveles de reflejo. Los más útiles en la entrevista motivacional son los reflejos complejos. Esta microhabilidad se basa en escuchar reflexivamente.

Por ejemplo: reflejo de emoción "esto te pone triste", "parece que esto que hablamos te emociona" frente a lo cual el NNAJ puede asentir o disentir generando más posibilidades de comunicación y de profundización en la problemática. Esta habilidad es muy importante pues permite evaluar cuán sensible o cercano está el profesional con las necesidades del joven; ayuda a que el otro vea reflejado lo que está diciendo o sintiendo, lo que le permite sentirse escuchado y comprendido, y lo estimula a seguir evocando. Si no acertó con el reflejo puede volver a retomar la conversación o la "escucha" desde el punto anterior, donde sintió que había comunicación con el joven.

4. **Resúmenes:** son un conjunto de reflejos que facilitan la conducción de la entrevista, refuerzan lo que ha dicho el NNAJ, demuestran que le hemos escuchado y ayudan al NNAJ a iniciar cambios. En los resúmenes se rescatan los aspectos positivos y fortalezas del NNAJ. Por ejemplo: "de lo que hemos conversado, parece que para ti lo más importante es..."

También es fundamental que frente a cada nuevo encuentro con el/la NNAJ se pueda hacer un resumen de lo ocurrido en la sesión anterior, especialmente de los aspectos afectivos que aparecieron.

5. **Dar información con permiso:** corresponde a un intercambio de información a través de la estrategia de evocar – entregar– evocar. Comenzar con la evocación permite chequear lo que el usuario sabe respecto de la información que se le quiere entregar. Y, a partir de esto, entregar un pedazo de información (una o dos ideas) y luego chequear lo que el usuario ha entendido e invitarlo a reflexionar sobre cómo se aplica a su situación. Se puede utilizar para entregar información o dar retroalimentación respecto de los resultados de algún instrumento de tamizaje o evaluación utilizado.

Por ejemplo, preguntas evocadoras de: reconocimiento del problema: "¿de qué manera esto ha sido importante para ti?"; expresión de preocupación: "¿cómo te sientes con tu forma de beber?"; intención de cambio: "¿cuáles son las razones que tú ves para cambiar?"; optimismo por el cambio: "¿qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas?". (MINSAL, 2015).

Siempre es importante considerar que el cómo se formulan preguntas, se realizan reflejos y resúmenes, se informa, debe ser siempre acorde a las distintas etapas del desarrollo, por ejemplo, en cuanto a desarrollo cognitivo, u otras. No es lo mismo realizar la intervención con un adolescente de 11 años, que con un joven de 20.

3.2.3 Discurso de cambio

Un componente específico y relevante de la entrevista motivacional es el "discurso de cambio", el que se refiere a frases o planteamientos expresados por el NNAJ que dan cuenta de (MINSAL, 2015; Colombo Plan, 2015b):

- Deseo de realizar un cambio.
- Aptitud o habilidad para realizar el cambio, que refleja la autoeficacia o creencia de la persona de que es capaz de realizar el cambio.
- Razones que da el NNAJ para considerar el cambio.
- Necesidad de hacer un cambio, semejante a las razones, aunque el énfasis es en un aspecto afectivo o emocional.

Reconocer el discurso de cambio, le permite al interventor, utilizar las microhabilidades, para ayudar al NNAJ a profundizar y explayarse en este tipo de discurso y de esa manera progresar hacia un lenguaje de compromiso con el cambio, realizar acciones hacia el cambio y finalmente lograrlo. ***El deseo, la aptitud, las razones y la necesidad no predicen el cambio, a diferencia del compromiso e iniciar acciones hacia el cambio, que sí aumentan la probabilidad que éste se produzca (MINSAL, 2015).***

3.2.3 Técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio

1. Reforzar de forma verbal y no verbal las afirmaciones automotivacionales del NNAJ.
2. Hacer decisión balanceada, es decir indicar los aspectos positivos y no positivos de ambas conductas (consumir o dejar de consumir), que el NNAJ haya explicitado. Por ejemplo: "Dices que tomar alcohol tiene beneficios como... y otras desventajas como...y también dices que no tomar tiene como positivo... y como no tan positivo".
3. Provocar la elaboración pidiendo ejemplos específicos y realistas, clarificando el cómo, cuándo, etc.
4. Utilizar los extremos imaginando la peor o mejor de las consecuencias posibles.
5. Mirar hacia atrás y/o hacia adelante. Apoyar al NNAJ para que visualice como era antes de consumir y/o como se encontraría después de abandonarlo.
6. Explorar valores realmente importantes para la vida del NNAJ, por ejemplo: "¿qué es importante en tu vida?" y ayudarlo a reflexionar acerca de cómo estos valores se relacionan con su conducta y con el posible cambio (MINSAL, 2015).

Trampas a evitar durante la intervención:

- ✓ Hacer pregunta –respuestas
- ✓ Confrontación-negación
- ✓ Tomar postura de experto (dar soluciones y respuestas, aconsejar)
- ✓ Etiquetar al NNAJ (por ejemplo: "eres alcohólico")
- ✓ Focalización prematura de un tema y no respetando los intereses, motivaciones y tiempos del NNAJ
- ✓ Culpabilización

4. MODELO DE INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES VINCULADOS A PROGRAMAS DE SENAME

Para la implementación de este modelo se requiere la aplicación del CRAFFT y ASSIST⁷, intervención motivacional con los NNAJ y la derivación cuando corresponda. En el caso de CIP – CRC y Residencias de Protección de Administración Directa, el desarrollo de este modelo será responsabilidad de los profesionales de la Unidad de Salud correspondiente, interviniendo en los 3 niveles del modelo (aplicación instrumento, intervención motivacional y derivación). Sin embargo, específicamente en el segundo nivel, es decir, en intervención, además se sumará el equipo de intervención directa del NNAJ (en particular el/la psicólogo/a o PIC), para lo cual se requiere de coordinación permanente entre ambas instancias. Mientras que, en el caso de los Centros Residenciales y Programas Ambulatorios administrados por los OCA, así como en los Centros Semi Cerrados y Programas del Medio Libre de Justicia Juvenil, serán los profesionales encargados de caso, delegados, psicólogos o trabajadores sociales, según corresponda, quienes realizarán la aplicación del instrumento, intervención motivacional y derivación cuando corresponda, es decir, estarán a cargo de todo el proceso.

La intervención se desarrolla a partir de un Tamizaje realizado a través de la aplicación de instrumento (CRAFFT y ASSIST, según corresponda), que entrega como resultado tres niveles de riesgo de consumo: “bajo riesgo”, “riesgo intermedio” y “riesgo alto”. Luego, se realizan tres intervenciones, de acuerdo al nivel de riesgo encontrado.

La información que se obtiene del tamizaje permite retroalimentar y guiar la intervención. Es importante destacar que ninguno de estos instrumentos constituye diagnóstico en sí mismo, sólo son herramientas que tienen como objetivo apoyar y orientar al equipo. Por lo tanto, la aplicación de tamizajes es la puerta de entrada a las intervenciones motivacionales y las acciones de derivación cuando corresponda.

Con el fin de garantizar la oportunidad de la intervención y la derivación se deberá considerar la aplicación lo más temprana posible del instrumento de tamizaje, en relación al ingreso de un NNAJ a la red de programas SENAME. En el caso de residencias de protección (administración directa y OCA) y Centros de Administración Directa de Justicia Juvenil (CIP-CRC-CSC), la aplicación de tamizaje debe realizarse dentro de los 5 primeros días hábiles posteriores al ingreso. Para los programas ambulatorios (a excepción de DAM y PRJ, que no aplican tamizaje dadas las características de dichos programas), la aplicación de tamizaje debe realizarse antes de 10 días hábiles posteriores al ingreso.

Es preciso señalar que, para los centros de CIP – CRC y Residencias de Protección de Administración Directa, una vez que la Unidad de Salud ha aplicado el instrumento de tamizaje (registrado en SENAINFO), los resultados obtenidos (independiente de cual sea) deben ser transferida a equipo de intervención directa del/la joven (con preferencia a psicólogo/a o PIC). A su vez, deberá compartir información pesquisada relevante para la intervención del NNAJ, con la finalidad de que se lleve a cabo una intervención oportuna y atingente de forma coordinada por todas las instancias, favoreciendo el trabajo intersectorial en la intervención motivacional. A su vez, se deberán establecer objetivos en el Plan de Intervención Individual (o plan de actividades para CIP) del NNAJ atingentes a lo pesquisado en el ámbito de salud.

Es relevante que esta gestión sea realizada a tiempo para la incorporación de objetivos en el respectivo Plan de Intervención Individual (PII) del NNAJ.

La aplicación del instrumento correspondiente estará determinada por la edad del/la NNAJ:

- CRAFFT: 10 a 19 años⁸
- ASISST: 20 años o más.

Dada la gravedad que implica el consumo de alcohol y otras drogas en esta población, una orientación apropiada en relación con el consumo de sustancias, debe ser parte del trabajo sistémico y de la rutina de los técnicos y profesionales de SENAME. Esta declaración plantea un importante desafío a los profesionales de los equipos, de desarrollar un espacio de confianza y habilidades técnicas para realizar un adecuado tamizaje, intervención motivacional y derivación para confirmación diagnóstica a las redes de salud, si fuese necesario. No obstante, lo anterior, señalar que siempre se debe resguardar que los NNAJ se encuentren vinculados al establecimiento

⁷ Instrumentos de tamizaje que permiten evaluar el nivel de riesgo asociado al consumo de sustancias.

⁸ El instrumento de tamizaje CRAFFT es un instrumento validado en Chile para adolescentes entre 14 y 18 años, sin embargo, se estima usarlo de modo referencial en niños menores de esa edad y, hasta los 19 años, a fin que permita generar la conversación para realizar la intervención motivacional.

de Atención Primaria de Salud que le corresponde y con sus controles de salud al día, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentra.

Asimismo, es importante, previo a la aplicación, indagar con NNAJ y/o los adultos a cargo cuando corresponda, si se le aplicó algún instrumento de tamizaje de consumo de alcohol y/u otras drogas hace menos de 6 meses:

- Si la respuesta es afirmativa, indagar en qué establecimiento (red de salud u otro programa de SENAME – AADD u OCA⁹) y nombre de quien lo aplicó. Se requiere realizar contacto con la persona y/o instancia que realizó el tamizaje y confirmar la información, registrando el resultado del mismo.
- Si la aplicación efectivamente es menor al periodo mencionado, no aplicar tamizaje, y dar continuidad al plan de cuidado según corresponda.¹⁰ Lo anterior, para evitar sobre intervención y/o repetición injustificada de instancias de evaluación por las que ya pasó el NNAJ, y con ello, favorecer su adherencia a procesos al sentirse escuchado, respetado y validar procesos ya iniciados.
- Si la aplicación fue hace más de 6 meses, se debe aplicar el tamizaje según los criterios mencionados.

Es importante a su vez tener en cuenta “**desnormalizar**” el consumo de sustancias, especialmente de alcohol y marihuana, brindando mensajes claros y veraces que apoyen la conducta de no consumo como la más protectora y saludable, por ejemplo: un alto porcentaje de la población no consume sustancias; el 70% de los jóvenes no consume marihuana y cada día se sabe más acerca de los riesgos de consumirla; cada día hay muchos adultos que dejan de consumir sustancias y muchos adolescentes están decidiendo no empezar a consumir.

También es importante reforzar que todo uso de la sustancia en población adolescente implica riesgos para la salud que pueden manifestarse mucho antes de desarrollar consumo perjudicial o dependencia; enfatizar que los y las adolescentes son particularmente susceptibles a las conductas de riesgo y lesiones relacionadas a su uso. Asimismo, la embriaguez recurrente, el uso recurrente de cannabis, o cualquier uso de distintas sustancias no son comportamientos normativos y pueden producir dependencia y un daño acumulativo y esta es una enfermedad crónica.

En niños y niñas **menores de 10 años**, si bien el consumo de drogas puede no presentar indicadores que definen una dependencia (como el síndrome de abstinencia, por ejemplo), el consumo en esta población es siempre categorizado como **consumo problemático**. Lo anterior debido a que se trata de un cuerpo y una mente en formación, por lo que todos sus sistemas se ven afectados en el presente y en su desarrollo por la presencia de sustancias, además porque se observa que el sentido detrás del consumo en la niñez tiene siempre una raíz relacionada con graves carencias, tanto en el ámbito de las necesidades básicas y acceso a servicios, como en el ámbito vincular y de relaciones afectivas con su familia de origen.

En el caso de adolescentes, la experimentación o uso recreacional de alcohol y otras drogas, o embriagarse una vez, pueden ser conductas que aún no constituyen un problema y podrían considerarse comportamientos normativos del desarrollo, sin embargo, es importante abordar a este grupo desde un punto de vista preventivo, comprendiendo que el desarrollo del consumo de sustancias es progresivo y está influenciado por diversos factores. Lo anterior, considerando de igual forma que este tipo de consumo pudiese tener graves efectos en la salud de los adolescentes, particularmente porque en general desconocen de manera específica la sustancia que están consumiendo y los efectos que ésta pueda provocar. Es relevante tener en cuenta, que, en **adolescentes menores de 13 años y adolescentes embarazadas, cualquier consumo se considera de riesgo alto**, por lo que siempre debe ser derivado a confirmación diagnóstica (MINSAL, 2015).

Al momento de establecer contacto con el NNAJ se debe generar un “ambiente cálido” donde se pueda desplegar una conversación abierta, libre y con un lenguaje que se adecúe a la etapa del desarrollo, donde se trabaje acogida con un enfoque de derechos, principio de confidencialidad y autonomía progresiva. Tal como se señala en los principios o espíritu de la entrevista motivacional, se debe promover el respeto de la opinión del otro, considerar sus puntos de vistas y entregar

⁹ AADD: administración directa y OCA: organismo colaborador acreditado.

¹⁰ En el caso que el tamizaje haya sido aplicado en otro programa de SENAME (AADD u OCA), la información estará disponible en SENAINFO. Si la aplicación fue en un establecimiento de salud, el plazo para recabar la información respecto de los resultados es de 10 días hábiles.

información y herramientas que le permitan reflexionar y acceder a más de una mirada frente a una situación.

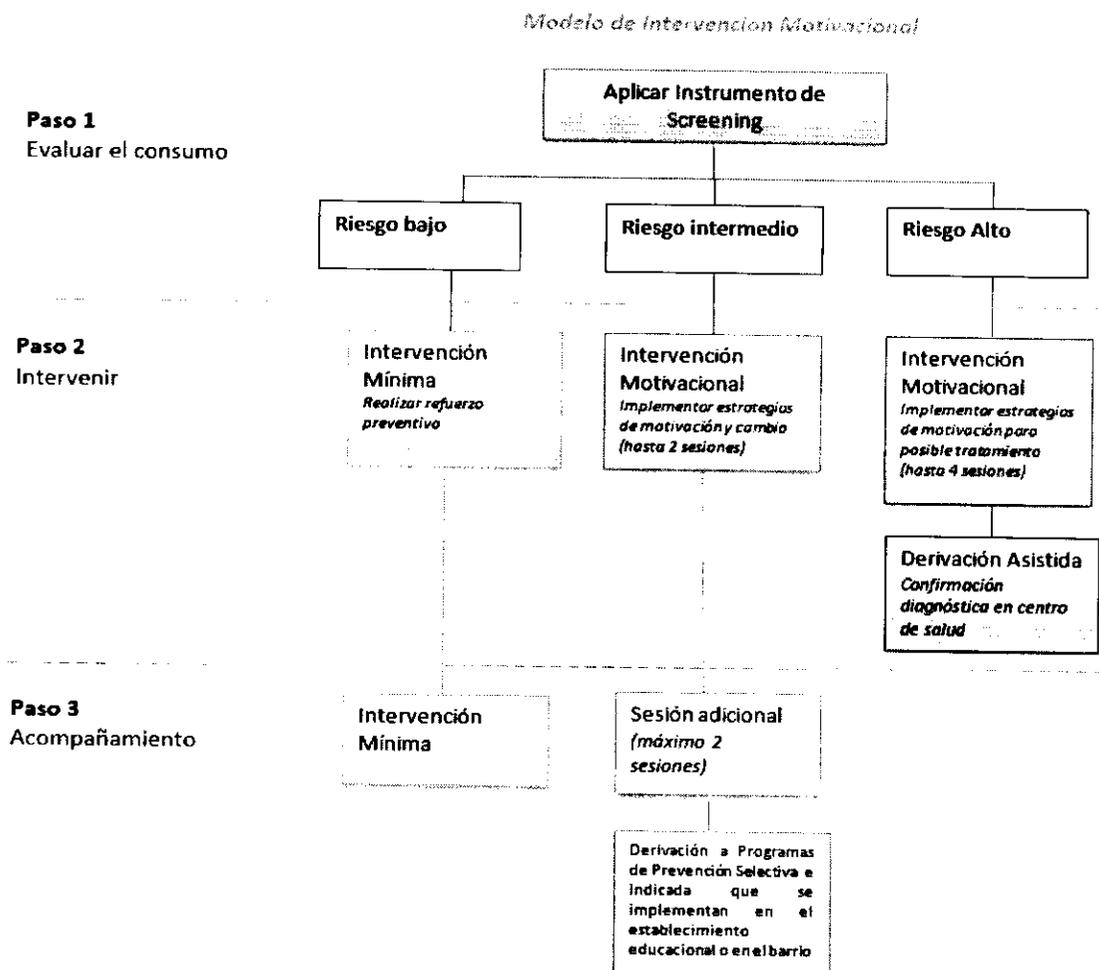
Compartir información veraz sobre creencias erróneas de las distintas sustancias a las que está expuesto el niño, niña o adolescente, sus efectos y consecuencias del uso de acuerdo a su etapa de desarrollo, así como la entrega de cualquier antecedente que les ayude a clarificarse, motivándolos a tomar decisiones y buscar estrategias para promover cambios hacia estilos de vida más saludable, es la tarea a desarrollar por los profesionales y técnicos que atienden a adolescentes en distintos contextos.

De esta forma, el Modelo implica la evaluación del consumo del NNAJ, utilizando el instrumento de screening correspondiente, con la finalidad de obtener un puntaje que orientará la evaluación (considerando que no constituye un diagnóstico en sí mismo) para determinar categoría de consumo entre: "bajo riesgo", "riesgo intermedio" o "riesgo alto". Según dicho resultado, se determinará el tipo de intervención: "intervención mínima", "intervención motivacional" y/o "intervención motivacional con derivación asistida".

Es importante destacar que el proceso no termina una vez concluida la evaluación ya señalada, sino que, tras ella, se debe determinar un plan de trabajo que responde a la fase de "Acompañamiento", la cual se encontrará determinada también por el tipo de riesgo evaluado.

La siguiente figura grafica el Modelo de Intervención Motivacional y sus diferentes pasos, de acuerdo al screening aplicado (MINSAL, 2015):

Fig. 1: Modelo de Intervención Motivacional



4.1 Aplicación de tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas

El primer paso corresponde a la aplicación del tamizaje, cuyo objetivo es servir de primer filtro en la detección de NNAJ respecto al tipo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

4.1.1 CRAFFT¹¹

El CRAFFT es una herramienta recomendada por el Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría, para la detección de consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas en adolescentes. Consiste en una serie de 6 preguntas desarrolladas para una detección eficaz, destinada a evaluar si se requiere profundizar sobre el contexto de uso, la frecuencia, y otros riesgos y consecuencias del alcohol y otras drogas y, eventualmente una derivación a tratamiento.

El instrumento denominado CRAFFT es una sigla conformada por las iniciales en inglés de diferentes áreas a investigar en relación al consumo, se visualiza en el siguiente recuadro traducción (MINSAL, 2015).

C	AUTO
R	RELAJARSE
A	SOLO
F	OLVIDADO
F	AMIGOS
T	PROBLEMA

Es importante comprender el CRAFFT como una herramienta de tamizaje que apoya y orienta la conversación con el o la NNAJ, siendo lo fundamental el contacto y confianza que se establece con el profesional. Se sugiere aplicar este instrumento en el marco de una relación de colaboración y escucha hacia el adolescente velando por sostener permanentemente "el espíritu" de la entrevista motivacional descrito en punto 3.2.1 del presente documento.

La aplicación de este instrumento es una oportunidad, desde el enfoque anticipatorio para realizar acciones de prevención, en aquellos/as adolescentes que refieren no consumir sustancias. De manera de reforzar la conducta de no consumo como la conducta más protectora para su salud entregando estrategias para lograrlo.

Una vez aplicado el CRAFFT es importante revisar los resultados en conjunto con NNAJ, de manera de dar respuesta apropiada, entendiéndolo, como se señaló anteriormente, como una oportunidad para reforzar las conductas saludables, prestar atención a señales de alerta o motivar al cambio ante conductas de riesgo o facilitar la derivación cuando se requiera.

Es relevante considerar que todos los profesionales de los Programas de SENAME de administración directa u OCA, que aplican el instrumento, puedan informar sobre los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que han sido evaluados al Encargado de Sector o el/la funcionario/a del establecimiento de APS, con quien se contacta habitualmente, para evitar doble aplicación y, por tanto, sobre intervención.

Aplicación CRAFFT

1. Procure tener disponible el instrumento impreso. (ver Anexo N°1). Se encuentra también disponible en SENAINFO.
2. Comience informando al NNAJ sobre la necesidad de hacerle algunas preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas e invitándolo a contestar las preguntas del instrumento CRAFFT con honestidad, e informándole que sus respuestas son confidenciales, tomando en consideración los alcances consignados respecto de la privacidad con adolescentes.
3. Recuérdele al NNAJ que usted le preguntará por su consumo de alcohol y otras drogas durante el último año y que debe concentrarse en ese espacio de tiempo.
4. Responda todas las dudas que puedan surgir en el proceso de la aplicación del CRAFFT.

¹¹ Se encuentra disponible para el vaciado de resultados en SENAINFO

5. Es importante hacer las preguntas tal cual están escritas, de manera de no inducir una respuesta. Respondiendo todas las dudas que pueden surgirle.
6. A cada respuesta "Sí" de preguntas CRAFFT se anota 1 punto.
7. Si las respuestas a las tres preguntas de la parte A del instrumento son "No", el evaluador sólo tiene que hacer la primera pregunta de la parte B (AUTO).
8. Si las respuestas a una o más de las tres preguntas de la parte A es "Sí", el evaluador debe preguntar adicionalmente las seis preguntas de la parte B del CRAFFT.
9. Identifique el nivel de riesgo según puntaje obtenido (MINSAL, 2015).

Por ejemplo: "Juan, primero agradecer la disposición a contestar y felicitarte ya que estás dedicando tiempo a tu salud. Si me permites, voy a hacerte unas preguntas acerca de alcohol y otras drogas. Las preguntas se responden sólo con un "Sí" o un "No". Es importante que sepas que tus respuestas son confidenciales, es decir, no serán informadas a nadie sin que tu estés de acuerdo, y sólo serán usados con el fin de tener una mejor información acerca de tu salud y para poder ayudarte en el caso que lo necesites. Es importante que sepas que debo informarle a tus padres/cuidadores si el consumo te está poniendo en riesgo de algún modo si está amenazada tu seguridad inmediata. Si creo conveniente que es mejor que tus padres/cuidadores sepan algo de esta información, lo hablaré primero contigo. Es importante que respondas con sinceridad. ¿Tienes alguna duda? o ¿Quieres que te aclare algo?... comenzaremos con tres preguntas, recuerda responder con un Sí o un No y, preguntarme si necesitas que te explique algo sobre estas preguntas o los resultados de ellas"

Tabla N°1: Puntajes Cuestionario CRAFFT

Puntajes Cuestionario CRAFFT			
10 a 13 años		14 a 19 años	
0 puntos	Bajo Riesgo	0 puntos	Bajo riesgo
1 o más puntos.	Riesgo alto.	1 punto.	Consumo riesgo intermedio.
	Posible consumo perjudicial o dependencia.	2 o más puntos.	Riesgo alto. Posible consumo perjudicial o dependencia.

4.1.2 ASSIST¹²

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, de sus siglas en inglés Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 2011).

El ASSIST, en su versión 3.0, es un cuestionario de ocho preguntas de aplicación breve que evalúa riesgos para la salud y otros problemas asociados al consumo de sustancias. El instrumento indaga respecto a la frecuencia y patrones de uso de sustancias y arroja como resultados el nivel de riesgo asociado al consumo el que a su vez se vincula a una intervención o a una estrategia de derivación.

Ejemplo de introducción para la aplicación: "Las siguientes preguntas se refieren a tu experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas)".

"Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes y los medicamentos para el dolor).

En esta entrevista no se registrarán las medicinas recetadas por tu médico, pero si has tomado esos medicamentos por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, me lo dices".

"Aunque también nos interesa conocer el consumo de diferentes drogas ilegales, ten la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial. Sólo debo informarle a tus padres/cuidadores si el consumo te está poniendo en riesgo de algún modo si está amenazada tu seguridad inmediata. Si creo conveniente que es mejor que tus padres/cuidadores sepan algo de esta información, lo hablaré primero contigo".

El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. Fue validado por SENDA en Chile el año 2012 (Soto Brandt et al., 2014).

Es importante comprender el **ASSIST**, al igual que el **CRAFFT**, como una herramienta de tamizaje que apoya y orienta la conversación con el o la joven, debiendo revisarse los resultados en conjunto de manera de dar respuesta apropiada, entendiéndolo, como se señaló anteriormente, como una oportunidad para reforzar las conductas saludables, prestar atención a señales de alerta o motivar al cambio ante conductas de riesgo o facilitar la derivación cuando se requiera.

¹² (OMS/OPS, 2011).

Aplicación ASSIST

1. Procure tener disponible el instrumento impreso. Se adjunta en este documento (anexo N°2).¹³
2. Entregue impreso al usuario la "tarjeta de respuestas" del cuestionario ASSIST y explique la lista de sustancias y los términos comunes utilizados (ver anexo N° 2.4)
3. Explique e informe que las respuestas a las preguntas se refieren tanto a los últimos tres meses como a lo largo de la vida
4. Durante la presentación el trabajador que aplica el ASSIST debe explicar cuáles son las sustancias de las que se va a hablar en la entrevista y utilizar los nombres que son familiares al usuario.
5. El cuestionario ASSIST contiene instrucciones para guiar a los entrevistadores durante la entrevista. Algunas de estas instrucciones permiten al entrevistador omitir algunas preguntas y acortar la entrevista. Otras le recuerdan que debe indagar más para obtener respuestas exactas. Aunque es posible ser algo flexible al hacer las preguntas, es importante que se hayan hecho todas las preguntas relevantes y que las respuestas hayan sido registradas.
6. Las preguntas 1 y 2 son preguntas 'filtro', y determinarán por cuáles sustancias se debe preguntar en las preguntas subsecuentes.

La pregunta 1 es una pregunta 'filtro', lo que significa que las respuestas registradas determinan lo que sucede en las siguientes preguntas, con respecto al consumo específico de sustancias. Si los usuarios responden 'no' a cada sustancia en la pregunta 1, el trabajador SENAME debe hacer una pregunta inquisitiva, por ejemplo "¿Ni siquiera cuando estabas en la escuela?".

Si la respuesta aún es 'no' para todas las sustancias, la entrevista se da por terminada. Si el joven responde 'no' únicamente para ciertas sustancias (por ejemplo, inhalantes), el entrevistador no vuelve a preguntar por esa sustancia (inhalantes) en la entrevista.

7. Registre 'otras' drogas en el espacio proporcionado.
8. Si una sustancia nunca ha sido consumida, no pregunte por ella de nuevo durante la entrevista (todas las respuestas sobre esta droga serán 'no').
9. ***El resultado de la pregunta 1 no se considera para la puntuación.***
10. Si la persona responde 'sí' a la pregunta 1 para cualquiera de las sustancias de la lista, avance a la pregunta 2, que se refiere al consumo de sustancias en los últimos tres meses.
11. La pregunta 2 debe hacerse únicamente para cada una de las sustancias que se han usado (según se registró en la pregunta 1).
12. La pregunta 2 también es una pregunta 'filtro', lo que significa que las respuestas a esta pregunta determinan las drogas específicas por las cuales se preguntarán a continuación en las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta es 'nunca' en todos los elementos de la pregunta 2, esto significa que no se han consumido sustancias en los últimos tres meses, por lo que debe avanzar a la pregunta 6, que se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida. Si se ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.
13. Cuando haga la pregunta 2, haga solo preguntas sobre las sustancias que el usuario ha respondido haber consumido alguna vez (según la pregunta 1).
14. Encierre en un círculo todas las respuestas '0', incluya en esta calificación drogas que no se hayan consumido nunca o que no se hayan consumido en los últimos tres meses.
15. Recuerde las codificaciones de las definiciones de los últimos tres meses ('nunca', 'una o dos veces', 'mensualmente', 'semanalmente', 'diariamente o casi diariamente').

¹³ Se encuentra en forma digital disponible para el registro de los resultados en SENAINFO

Puede suceder que al responder el/la joven no utilice la terminología anterior (por ejemplo; 'nunca', 'una o dos veces', 'mensualmente', 'semanalmente', 'diariamente o casi diariamente'), en tal caso deberá calcular la frecuencia de consumo adecuada según la información que le ha dado (por ejemplo, si la respuesta que le da es que ha estado consumiendo cannabis una vez cada dos semanas, usted debe interpretarla y calificarla como 'mensualmente').

16. Las preguntas 3, 4 y 5 deben hacerse para todas las sustancias que se han consumido en los últimos tres meses.

17. La pregunta 3 indica consumo de alto riesgo o dependencia de una sustancia. Cuando un joven empieza a consumir una sustancia con más frecuencia o ha tenido problemas anteriores con la sustancia, empezará a experimentar un deseo fuerte o ansias de consumirla. Cuando son dependientes, algunas veces denominan este deseo como deseos muy fuertes o "estar colgado de la sustancia". ***Vale la pena señalar que esta pregunta no está dirigida a registrar un deseo leve o pasajero de consumir, ni necesariamente un deseo de consumir asociado con la oportunidad (por ejemplo, un joven a quien le ofrecen una droga y como resultado siente deseos de consumir, pero no sintió deseos de consumir antes de que se la ofrecieran). No todas las personas que consumen sustancias experimentan un deseo fuerte de consumir.***

18. La pregunta 4 está dirigida a determinar si el consumo de sustancias le está causando problemas al/la joven y con qué frecuencia se están manifestando en los últimos tres meses. Esta pregunta se refiere solo a las sustancias consumidas en los últimos tres meses (según se identificaron en la pregunta 2). Es probable que muchos jóvenes no estén conscientes de los problemas relacionados con el consumo de sustancias, en particular de los problemas de salud, y corresponde al trabajador del SENAME ayudar al joven a vincularlos. Puede que esta sea la primera vez que el joven reconoce y habla, con la ayuda del trabajador de SENAME, de los efectos directos que el consumo de sustancias tiene sobre él o ella. Por consiguiente, vale la pena guiar al joven con algunos ejemplos sobre qué se quiere decir al referirse a problemas de salud, sociales, legales y económicos.

Por ejemplo: Para los consumidores de alcohol se podría decir: "Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de alcohol te ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos como resacas, vómito, dolor de estómago, pérdida del sueño, discusiones con la gente, conducir en estado de ebriedad, hacer cosas mientras está bebido de las que se arrepiente después...?"

Para los consumidores de cannabis se podría decir: "Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de marihuana te ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos como olvidarse de hacer las cosas, dificultad para poner atención o motivarse, problemas para organizarse, sentirse deprimido o preocupado...?"

19. La pregunta 5 se hace solo para las sustancias que han sido consumidas en los últimos tres meses según se indicó en la pregunta 2. Esta pregunta está diseñada para averiguar si el joven tiene problemas para cumplir sus obligaciones habituales debido al consumo de sustancias, lo que por lo regular conlleva repercusiones o consecuencias. La falta de cumplimiento de las obligaciones habituales puede deberse a la intoxicación por la sustancia, la recuperación por el consumo de la sustancia o por pasar todo el tiempo disponible buscando la sustancia (por ejemplo, esperar horas a un proveedor y faltar a citas o eventos a los que debía asistir). En este caso, se debe guiar al joven con ejemplos de incumplimiento de obligaciones. A continuación se mencionan algunos ejemplos comunes de obligaciones que pueden no cumplirse como resultado del consumo de sustancias: faltar al trabajo y perder el pago, o meterse en problemas con el empleador, tener problemas para estar al día con el trabajo, mal desempeño, negligencia, despido; faltar a la escuela o a la universidad y retrasarse en sus trabajos, reprobar o salir mal en las evaluaciones o suspensión o expulsión; no poder mantener compromisos familiares normales, descuidar las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos, descuidar la limpieza de la casa o el pago de las cuentas, dificultad para mantener relaciones con la pareja/amigos/familia o faltar a eventos familiares importantes.

El tabaco no está incluido en la pregunta 5 porque, en general, los fumadores no dejan de cumplir sus obligaciones. Hay algunas excepciones si la persona ha contraído una enfermedad crónica por el hábito de fumar (por ejemplo, enfermedad de los pulmones) y no puede cumplir sus deberes habituales. Sin embargo, en este caso está claro que la persona es dependiente y que está en alto riesgo por consumir tabaco, y es probable que el cuestionario identifique la necesidad de derivarlo a un servicio de tratamiento por lo que deberá hacerse la derivación a atención primaria de salud.

Las personas que son sumamente dependientes de una sustancia puede que no tengan ninguna "obligación habitual" porque ya perdieron el trabajo, el hogar, la familia o el apoyo, etc., por el consumo excesivo y continuo de sustancias. En estos casos, en vez de calificar a estas personas con 'nunca', se pueden utilizar de guía las tareas básicas como limpiar la casa, alimentarse a sí mismos, mantener las citas médicas y con instituciones de la red, etc. A este tipo de consumidor se le puede reformular la pregunta de otra manera: "Si tuvieras responsabilidades y obligaciones, como ir a trabajar o cuidar de tu familia, ¿podrías cumplirlas?".

20. La pregunta 6 tiene el propósito de averiguar si otra persona (por ejemplo, familiar, amigo, pareja, cónyuge, padres, hijos, médico, empleador, profesor, etc.) ha expresado preocupación sobre el consumo de sustancias del usuario.

Esta pregunta debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las que se han consumido en los últimos tres meses.

Regrese a la primera página del cuestionario para ver qué sustancias ha consumido el usuario a lo largo de la vida. Al principio esto puede parecer engorroso e incómodo, pero la mayoría de los trabajadores que aplican el tamizaje se acostumbran a hacerlo después de haber hecho la prueba unas cuantas veces.

La preocupación recientemente expresada por los hábitos de consumo de sustancias del joven en los últimos tres meses da lugar a una puntuación más alta que la preocupación por los hábitos de consumo del joven de hace más de tres meses. Hasta la preocupación expresada hace años debe registrarse en la categoría 'sí, pero no en los últimos tres meses'.

Los motivos de preocupación pueden ser: discusiones, cuestionamientos, quejas, consejos, preocupación, enojo, etc. por parte de la otra persona hacia el joven.

21. La pregunta 7 indica la dependencia o el consumo de sustancias de alto riesgo y está diseñada para conocer la pérdida de control sobre el consumo a lo largo de la vida. La dependencia de sustancias, es un trastorno crónico recurrente, y muchas personas deben hacer varios intentos para reducir o dejar el consumo. Esta pregunta investiga los intentos serios para reducir o dejar el consumo, en lugar de solo los pensamientos pasajeros para reducirlo o los esfuerzos a medias. Por lo general los usuarios con una puntuación positiva en esta pregunta habrán estado consumiendo la sustancia con una frecuencia razonable, generalmente casi siempre una vez a la semana o más y/o en altas concentraciones (como sesiones de consumo desenfrenado de alcohol).

La pérdida de control se refleja en los intentos fallidos para controlar, reducir o dejar de consumir la sustancia. En esta pregunta los intentos poco exitosos para reducir el consumo en los tres últimos meses dan lugar a la más alta puntuación e indican un problema actual por el consumo de sustancias.

El último intento no exitoso para reducir el consumo de hace más de tres meses da lugar a una puntuación menor, que indica que han tenido un problema anterior causado por el consumo de sustancias. Estos jóvenes tienen un riesgo mayor de volver al consumo de sustancias dependientes o riesgosas y nocivas que los jóvenes novatos que no han tenido problemas anteriores. Hasta los intentos fallidos años atrás para controlar el consumo de sustancias deben registrarse en la categoría 'sí, pero no en los últimos tres meses'.

Sin embargo, los intentos exitosos para reducir el consumo no se registran. Si un/a joven tuvo éxito en los intentos para reducir el consumo, el trabajador de la salud debe registrar el último intento no exitoso. Por ejemplo, alguien que dejó de fumar cigarrillos hace tres meses, pero había tenido varios intentos fallidos con anterioridad, se registraría como 'sí, pero no en los últimos tres meses'. Esta pregunta debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las consumidas en los últimos tres meses.

Como esta pregunta abarca múltiples conceptos, será más conveniente para los profesionales dividirla en tres partes. Por ejemplo:

¿Has intentado alguna vez reducir el consumo de marihuana? ('sí' o 'no').

¿Tuviste éxito? ('sí' o 'no').

¿Cuándo fue la última vez que lo intentaste y no tuviste éxito? ('nunca' o 'sí, en los últimos tres meses' o 'sí, pero no en los últimos tres meses').

Regrese a la primera página del cuestionario para ver qué sustancias se han consumido a lo largo de la vida.

Los usuarios pueden obtener 0 ('no, nunca') en esta pregunta por tres motivos:

- No es necesario que reduzcan el consumo, por ejemplo, no consumen lo suficiente.
- Son usuarios satisfechos (etapa de precontemplación), por ejemplo, no quieren reducir.
- Redujeron el consumo exitosamente la primera vez que lo intentaron.

22. La pregunta 8 tiene por objeto indicar la dependencia o el consumo de alto riesgo, y está diseñada para averiguar la experiencia reciente del consumo de sustancias por vía inyectada en la vida del/la joven. Es más probable que los usuarios que avanzan hacia el consumo por vía inyectada se hagan dependientes de la sustancia, según la frecuencia de consumo. Inyectarse también se asocia con muchos otros daños, como la sobredosis fatal y no fatal (en particular con opiáceos) y también el riesgo de psicosis (estimulantes de tipo anfetamina). Las infecciones y enfermedades de la sangre también son factores de riesgo relacionados con inyectarse. Aunque la respuesta a la pregunta 8 no se suma a las puntuaciones finales del uso de sustancias del joven, el consumo de drogas inyectadas, en particular si es reciente, indicará que el usuario puede necesitar más evaluaciones y una derivación para tratamiento a algún servicio especializado en consumo de sustancias.

Si el usuario se ha inyectado drogas en los últimos tres meses, se deberá:

- Repasar con el/la joven los riesgos asociados con inyectarse y los procedimientos para inyectarse con menos riesgo.
- Recomendar que se haga la prueba de VIH y hepatitis B y C.
- Constatar la frecuencia y los hábitos de inyectarse en los últimos tres meses de la droga inyectada con más frecuencia. Los hábitos de inyectarse ayudarán a determinar si el joven requiere ser derivado a algún servicio de tratamiento especializado.

Las drogas más comúnmente inyectadas son los opiáceos, estimulantes de tipo anfetamina, cocaína y sedantes, como las benzodiazepinas.

Los hábitos de inyección de los opiáceos a veces son diferentes a los de los estimulantes de tipo anfetamina y la cocaína. Las personas que se inyectan opiáceos lo hacen con regularidad, pero las que se inyectan estimulantes tienden a agrupar sus inyecciones o hacerlo por episodios. Es decir, pueden inyectarse varios días seguidos y después descansar unos cuantos días, semanas o hasta meses antes de la siguiente sesión de inyecciones.

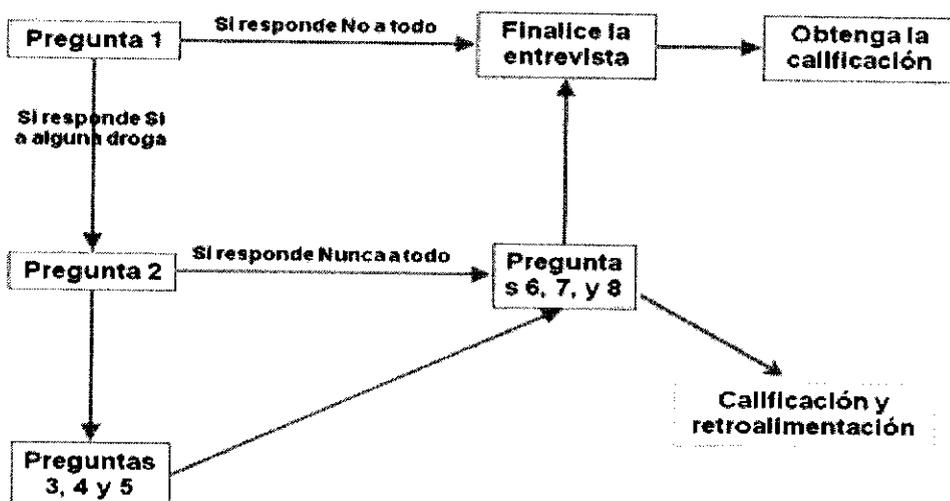
Como regla general, es probable que los usuarios que se han inyectado en promedio más de cuatro veces al mes en los últimos tres meses, requieran ser derivados a algún servicio de tratamiento especializado.

Es importante considerar que el profesional de SENAME que aplica el instrumento, pueda informar los/las jóvenes evaluadas al Encargado de Sector o el/la funcionario/a del establecimiento de APS, con quien se contacta habitualmente, para evitar doble aplicación en el control de salud y así la sobre intervención.

Tabla N°3: Puntaje Cuestionario ASSIST

Puntaje Cuestionario ASSIST	
20 años y más (Alcohol)	
0 a 10 puntos.	Bajo riesgo.
11 a 20 puntos.	Consumo riesgoso intermedio.
21 o más puntos.	Posible consumo perjudicial o dependencia.
20 años y más (Tabaco y otras drogas)	
0 a 3 puntos.	Bajo riesgo.
4 a 20 puntos.	Consumo riesgoso intermedio.
21 o más puntos.	Posible consumo perjudicial o dependencia.

Fig. 3 Resumen del Diagrama de Aplicación



EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE RIESGO BAJO Y RIESGO MEDIO/INTERMEDIO, SE DEBE APLICAR TAMIZAJE CADA SEIS MESES

4.2 INTERVENCIÓN

Una vez que se obtiene el puntaje, a través de la aplicación del instrumento de tamizaje (CRAFT o ASSIST), o bien se pesquisa consumo en menores de 13 años de edad y adolescentes embarazadas, corresponde intervenir con estrategias motivacionales (en estos últimos casos siempre se debe considerar como de riesgo alto), según el patrón de consumo que presenta el NNAJ la cual se describe a continuación:

4.2.1 Intervención Mínima/Riesgo bajo

Se recomienda reforzar y elogiar lo positivo de su conducta de manera de fortalecer la sensación de autoeficacia en la mantención de la conducta de no consumir sustancias. Así también, reforzar

que la conducta de no consumir alcohol u otras drogas es la conducta más protectora para su salud. Es importante, explorar la información que posee sobre los riesgos y efectos dañinos del consumo, aportando información clara y precisa, aclarando mitos acerca de los efectos negativos biológicos y psicológicos, a corto y a largo plazo de las sustancias, enfatizando aquellos que identifica como más relevantes. Además, se debe ayudar al NNAJ para que identifique los beneficios personales de su conducta actual y se debe ofrecer pautas que puede utilizar para ser asertivo y manejar situaciones difíciles con el grupo de pares.

Particularmente, la aplicación del CRAFFT en aquellos adolescentes que reportan “No” a las preguntas iniciales y “Sí” a la pregunta 1 de la sección B (AUTO), se recomienda que el/la profesional capacitado desarrolle los contenidos mencionados en la intervención anterior con puntuación 0, pero ayudándolo a explorar los mensajes que les transmiten sus padres u otros adultos significativos, su grupo de pares y los medios de comunicación, frente al consumo de alcohol y otras drogas, alentando a la reflexión que favorezca la actitud crítica y el desarrollo de un pensamiento independiente, que le permita no imitar las conductas de consumo. Es importante reforzar el concepto de que cada persona tiene sus propias razones respecto de las decisiones que toma, por lo que es importante decidir por sí mismo y no hacer lo que otros quieren, facilitando que descubra sus cualidades internas, fortalezas y sus debilidades, que le permitan resistir la presión externa, y mantener su conducta de no consumo.

Refuerce que aprender a relacionarse con otros y formar parte de un grupo a veces no es fácil y requiere tiempo. Explicar que los grupos pueden a veces ejercer una presión positiva o negativa sobre uno. Explorar qué piensa y cuál es el comportamiento de su grupo de amigos. Señalar que la presión puede ser positiva, cuando nos ayudan a darnos cuenta que estamos equivocados y nos presionan para que hagamos algo que tiene beneficios para uno. Es negativa cuando nos presionan para que hagamos algo que puede ser dañino para nosotros, como, por ejemplo, cuando insisten en que consumamos.

Puede suceder que algún/a adolescente conteste que sí en alguna de las 3 primeras preguntas de la Parte A del CRAFFT y posteriormente conteste que no a todas las preguntas de la Parte B. Esto daría un puntaje de 0, debiendo recibir igualmente una intervención mínima.

Esta situación pudiera ocurrir en adolescentes que han tenido un consumo exploratorio de alcohol u otras drogas. Durante la entrevista, se pueden formular alguna de las preguntas señaladas anteriormente y se debe explorar la experiencia de consumo de sustancias por parte del/la adolescente, con especial énfasis de la evaluación que realiza sobre dicha experiencia, a saber, ¿cómo fue tu experiencia...?, ¿qué piensas acerca de esa vez que consumiste...? de manera de poder determinar su disposición a mantener ese consumo en el tiempo y/o consumir nuevamente. Es importante reforzar opiniones, ideas y creencias que fortalezcan la idea del no consumir nuevamente, teniendo mucho cuidado en no favorecer resistencias en el/la adolescente.

También se deben implementar las sugerencias señaladas anteriormente respecto de la influencia del grupo de pares. En este aspecto, ayudar a desmitificar la creencia que “todos/as consumen alcohol u otras drogas” puede fortalecer la idea de no consumir nuevamente alguna sustancia.

Finalmente, para las diferentes situaciones detectadas tanto en la aplicación de CRAFFT o ASSIST, brinde estrategias para enfrentar situaciones de riesgo de consumo o que lo ponen en peligro.

Pautas para ser asertivo y manejar situaciones difíciles

- ✓ Da a conocer tu posición. Exprésale al otro lo que sientes acerca de algo o dile tu opinión con respecto de hacer algo. Ejemplo: No, no quiero beber alcohol.
- ✓ Da a conocer tus razones. Dale a conocer que piensas, cuál es la emoción que sientes, etc. Ejemplo: No es bueno para mi salud.
- ✓ Se comprensivo. Muéstrale a la otra persona que a pesar que no estás de acuerdo con su posición u opinión, aceptas que pueda pensar de otra manera. Ejemplo: Es tu opinión, pero yo no quiero.

4.2.2 Intervención Motivacional/Riesgo intermedio y riesgo alto

Para el desarrollo de la intervención motivacional se debe recordar la aplicación de los principios de ésta, revisados en el capítulo 4 de este documento:

1. **EXPRESAR EMPATÍA**
2. **CREAR LA DISCREPANCIA**
3. **EVITAR LA DISCUSIÓN**

4. **DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA**
5. **FOMENTAR LA AUTOEFICACIA**

Identifique el estadio de cambio en que se encuentra, interviniendo de acuerdo a este. Así mismo, identificar el discurso de cambio.

Si es necesario realizar acciones específicas que motiven al NNAJ y generen deseos de cambio, se debe definir el estadio de cambio en que se encuentra, siempre a través de una conversación abierta y no intimidadora, sin críticas donde el lenguaje que se ocupe sea cercano al NNAJ.

- **Etapas de precontemplación:** En esta etapa los NNAJ pueden estar desinformados o tener información errónea sobre los efectos del alcohol y otras drogas, pueden encontrarse en un contexto donde otros consumen, o bien pueden sentirse incapaces para el cambio, o no quieren plantearse por razones diversas. En general se comportan de forma defensiva respecto a su conducta y son muy resistentes a las presiones externas que guían al cambio. Este grupo incluye a personas que no tienen conciencia del problema y a personas que, si bien tienen conciencia del mismo, no están considerando aún el cambio (sin motivación). El/la profesional capacitado/a, debe apoyar la exploración de las motivaciones que lo llevaron a iniciar un consumo de drogas y las que le han determinado que continúe consumiendo, así como, explorar los beneficios percibidos con el uso de la droga, los conocimientos y creencias relacionadas con las drogas y la actitud del NNAJ frente al consumo. Es importante promover la curiosidad y el interés por saber más sobre las consecuencias del consumo de la sustancia que usa. Se pueden hacer preguntas abiertas que lo lleven a revisar internamente cuánta información maneja y puede consultar directamente si existe alguna información específica que quiera saber y conversar sobre qué aspectos conocía, cuáles no, que le parece más relevante en relación a su vida o proyectos, de manera de aumentar la duda en torno al consumo y las motivaciones que apoyan su conducta actual. Aumentando la autoeficacia y la automotivación.
- **Etapas de contemplación:** En esta etapa las personas están pensando seriamente en intentar un cambio de conducta dentro de los próximos 6 meses. Están mucho más abiertos a la información sobre los riesgos y consecuencias de sus conductas que los precontempladores, sin embargo, pueden permanecer en esta etapa durante años. Por ello, ayude a que el NNAJ identifique los beneficios derivados del consumo que él percibe, para luego facilitar la identificación de las posibles consecuencias derivadas de continuar el consumo tanto en lo personal como interpersonal. También se debe facilitar la identificación de los objetivos personales importantes, de manera de aumentar la discrepancia entre los objetivos personales y las consecuencias de su conducta actual, reforzando el reconocimiento de los beneficios de detener el consumo. En esta fase se recomienda implementar el balance decisional, para evaluar los aspectos positivos y los negativos del consumo para el NNAJ.
- **Etapas de determinación (dispuestos a cambiar), acción (ha iniciado el cambio),** se debe apoyar para que verbalicen el compromiso de cambio y aumenten su autoeficacia. En esta fase se deben reforzar las ideas que sostienen la idea de cambio en el NNAJ. Si ha realizado ya algunos pequeños cambios, estos se deben reforzar y valorar positivamente para fortalecer la autoeficacia. Si está dispuesto a cambiar, apoyar la identificación de metas y un plan específico para el cambio.

Cualquiera sea la etapa de cambio en que se encuentre el NNAJ, se debe siempre negociar y elaborar un plan de acción en conjunto, que incluye la derivación asistida en caso de riesgo alto a una evaluación y/o tratamiento por un equipo de profesionales capacitados en esta temática (APS o Programa de Tratamiento de Convenio SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI, según corresponda), lo cual debe ser incorporado en el Plan de Intervención Individual (PII) del NNAJ.

Un aspecto importante de la intervención es explicitar apoyo incondicional independiente de cuál sea su decisión dentro del marco ético del desempeño profesional (confidencialidad, límites y principio de no maleficencia¹⁴).

Una puntuación de 2 o superior en el CRAFFT, o 21 o más en ASSIST corresponden a un screening "positivo", lo que indica que él o la adolescente o joven tiene un alto riesgo de tener o desarrollar un trastorno relacionado con el abuso de sustancias ya sea alcohol u otras drogas y

¹⁴ El principio de "no maleficencia" es considerado uno de los principios bioéticos fundamentales, propio de la ética de mínimos, que se rige por el deber universal de no infringir daño o maldad a nadie.

requiere una evaluación más especializada por un profesional de la salud mental o de drogas (APS o Programa de Tratamiento de Convenio SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI¹⁵, según corresponda).

Recuerde que, en el caso de menores de 13 años y adolescentes embarazadas, cualquier tipo de consumo debe considerarse de riesgo alto, por lo que siempre corresponde realizar intervención motivacional y derivar a APS, o Programa de Tratamiento de Convenio SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI, según corresponda.

El NNAJ debe ser alentado/a a recibir una evaluación más específica sobre el consumo de drogas y a la vez, realizar una intervención motivacional para incentivarlo/a a iniciar un proceso de cambio de conducta respecto del consumo. Se debe generar discrepancia entre los objetivos personales y las consecuencias de su conducta actual, ayudarlo en la identificación de los costos personales e interpersonales de continuar o detener con el consumo y a elaborar un plan inicial de acción para superarlos. Es la oportunidad para reforzar el conocimiento de los beneficios de dejar de consumir y ayudar a la identificación de factores protectores en el ámbito individual, familiar y social.

4.2.3 Derivación asistida/Riesgo alto

Los adolescentes y jóvenes que puntúan con alto riesgo de consumo (puntuación CRAFFT de 2 o más o de 21 o más en ASSIST) y adolescentes embarazadas, niños y adolescentes menores de 13 años de edad, deben recibir una evaluación para confirmar si tienen consumo perjudicial o dependencia al alcohol u otras drogas e iniciar tratamiento oportunamente. Por ello, los NNAJ detectados con consumo de riesgo, deben ser derivados al Centro de Salud Familiar (CESFAM) que corresponde a su domicilio o al domicilio de la Residencia (para casos de NNA de sistema de protección), según corresponda, para que se confirme o descarte el consumo problemático¹⁶. Por su parte, para los adolescentes y jóvenes de los CIP CRC u otras sanciones y medidas contempladas en el convenio SENDA MINSAL SENAME GENCHI, la derivación se realizará al Programa de Tratamiento con convenio con SENDA. Asimismo, se debe considerar adolescentes o jóvenes que puedan presentar riesgo bajo o intermedio, y que requieran ser derivados a evaluación diagnóstica, lo que se decidirá en el marco de los antecedentes aportados por éste/ésta y la apreciación profesional.

Con este fin, primero se debe construir junto con el NNAJ un plan de derivación asistida, clarificando todas las dudas e inquietudes respecto a esta acción. Para CIP CRC y Residencias de Protección de AA.DD., se sugiere se realice coordinación del facilitador de salud con psicólogo o PIC para planificar en conjunto y determinar acciones compartidas y/o individuales. Este plan puede que contemple la necesidad de realizar algunas sesiones adicionales de intervención motivacional (máximo 4), con el fin de mantener o incentivar la intención de cambio y restringir la ventana de vulnerabilidad, mientras en paralelo se debe gestionar la solicitud de hora para evaluación y confirmación diagnóstica. Lo anterior, se realizará mediante correo electrónico al/la directora/a del establecimiento de atención primaria de salud correspondiente o del centro o programa de tratamiento en los casos de adolescentes y jóvenes que corresponden al convenio SENDA MINSAL SENAME GENCHI en un plazo de 48 horas tras la aplicación del instrumento. Lo anterior implica la mantención de una base actualizada con dichos establecimientos y sus respectivos/as Directores/as.

Posterior a la conversación, el profesional que realizó la aplicación del instrumento e identificó un alto riesgo de consumo perjudicial o dependencia, emitirá un informe (Anexo 4), con los indicadores de consumo CRAFFT o ASSIST según corresponda, el que se adjuntará al correo electrónico enviado al establecimiento de APS correspondiente o del centro o programa de tratamiento del convenio SENDA, MINSAL, SENAME, GENCHI (para CIP CRC y residencias de protección de AA.DD, además debe copiar al equipo de intervención directa para que esté en conocimiento sobre la derivación efectuada). **Una vez que el establecimiento de APS o programa de tratamiento envía correo de respuesta con la fecha asignada para evaluar confirmación diagnóstica, el profesional a cargo tomará contacto con la persona adulta a cargo del NNAJ, si corresponde, e informará de la hora otorgada.**

En el caso de NNA que se encuentren en programas ambulatorios o en medio libre, según corresponda, se requiere informar y motivar a la persona adulta o a cargo, a través de la intervención motivacional, cuyo objetivo es **incentivar la asistencia a la evaluación**

¹⁵ Convenio de Colaboración Técnica entre SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI "Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N° 20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros Trastornos de Salud Mental", aprobado por Res. Ex. N° 2286, de 11 de noviembre de 2016, del SENAME.

¹⁶ Si bien en el caso de adolescentes o jóvenes con medidas o sanciones contenidas en el Programa de Tratamiento de Convenio SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI, la derivación para confirmación diagnóstica es directa al programa de tratamiento en convenio correspondiente. DEBE siempre, de igual forma, vincularse al centro de APS que le corresponde.

diagnóstica en el CESFAM o programa de tratamiento que corresponde. Esto, es muy importante, porque la intervención está basada en un enfoque motivacional para el cambio, donde la persona que detecta el problema, establece una vinculación personal, de mutua colaboración, clave en el proceso de intervención motivacional; haciendo la intervención más efectiva y con menores resistencias para asistir y colaborar con el equipo de salud que lo evaluará para determinar si existe un consumo perjudicial. Su finalidad es incentivar a la persona a que acepte ser derivada para evaluación y tratamiento.

Al realizar la derivación para confirmación diagnóstica, el profesional derivante deberá consignar en SENAINFO la fecha en que se realiza la solicitud o derivación y posteriormente, la fecha otorgada para la atención por parte del establecimiento de atención primaria o centro de tratamiento de convenio SENDA, MINSAL, SENAME, GENCHI, según corresponda. Por su parte, APS o centro de tratamiento que realiza la confirmación diagnóstica, enviará correo al programa o centro derivante informando de la asistencia o no del NNAJ a citación, confirmación del diagnóstico y datos sobre derivación a tratamiento en el caso de ser así.

En un plazo máximo de 10 días hábiles desde la fecha de atención otorgada para confirmación diagnóstica, el programa o centro derivante de no contar con correo desde APS o centro de tratamiento, deberá contactarse con la institución encargada de realizar la confirmación diagnóstica para verificar asistencia y, si efectivamente se confirmó o no trastorno por consumo de sustancias, y de ser así, si fue derivado a tratamiento y programa donde será atendido. Todo lo anterior, se consignará en SENAINFO.

PRIVACIDAD CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Con el fin de maximizar la eficacia del CRAFFT o del ASSIST es importante tener algunas consideraciones: Se recomienda administrar el CRAFFT o el ASSIST al niño, niña, adolescente o joven cuando no están los padres o terceras personas, y en un lugar donde se asegure la privacidad, de esta manera habrá una mayor disposición para responderlo. En caso de estar presente los padres o cuidadores, se puede solicitar a éstos que por favor salgan de la habitación durante unos minutos, para que se le puedan realizar las preguntas confidencialmente al niño, niña, adolescente o joven.

Particularmente es importante aclararles con anterioridad el principio de **confidencialidad en la atención de niños, niñas y adolescentes y sus límites**, es decir, explicitando a ambos (niño/niña/adolescente y padres o cuidadores) en qué situaciones la confidencialidad se rompe: casos de riesgo vital (suicidio, maltrato, situación grave de salud) y los procedimientos a realizar en ese caso, que incluye informar a los padres, cuidando de mantener una actitud empática.

Las necesidades de privacidad de los niños, niñas y adolescentes pueden presentar un desafío para los equipos, quienes deben resguardar esta confidencialidad considerando el reconocimiento de la autonomía progresiva y en un enfoque de Derechos. En algunos casos, puede que los adultos se nieguen a dejar a solas al niño, niña o adolescente, lo que puede alterar el resultado del instrumento dado que los niños, niñas o adolescentes con frecuencia no responden verazmente si se les hacen preguntas acerca del uso de drogas u otros comportamientos desaprobados cuando un adulto está presente. Por lo tanto, una opción recomendable es tratar estas resistencias y clarificar dudas respecto a la confidencialidad y sus límites y/o citarlo nuevamente.

Un resultado positivo del screening (\geq a 2 en CRAFFT o \geq a 21 en ASSIST), o un niño o adolescente menor de 13 años de edad o una adolescente embarazada, con consumo de cualquier tipo, debiera abordarse rápidamente entre el profesional de SENAME y el NNAJ, para profundizar y detectar posibles riesgos en la salud (por ejemplo, comportamientos ilegales, la ingestión de cantidades potencialmente letales de alcohol), que requieren una referencia urgente a tratamiento. En estos casos se rompe la confidencialidad, explicándole las razones para hacerlo: revelar la situación a otros busca el beneficio del niño, niña o adolescente y el apoyo o supervisión de un adulto. La determinación de lo que constituye un riesgo para la seguridad de la persona depende del juicio del profesional y en base a toda la información disponible, no sólo de los resultados de instrumento de tamizaje.

Es importante recordar que el CRAFFT y ASSIST son instrumentos de tamizaje y no diagnóstico. Por ello, es significativo construir junto con el NNAJ (que presenta resultado positivo en el screening) la derivación a profesionales de APS o Programa de Tratamiento de Drogas, para una evaluación diagnóstica e iniciar un plan de tratamiento, si corresponde.

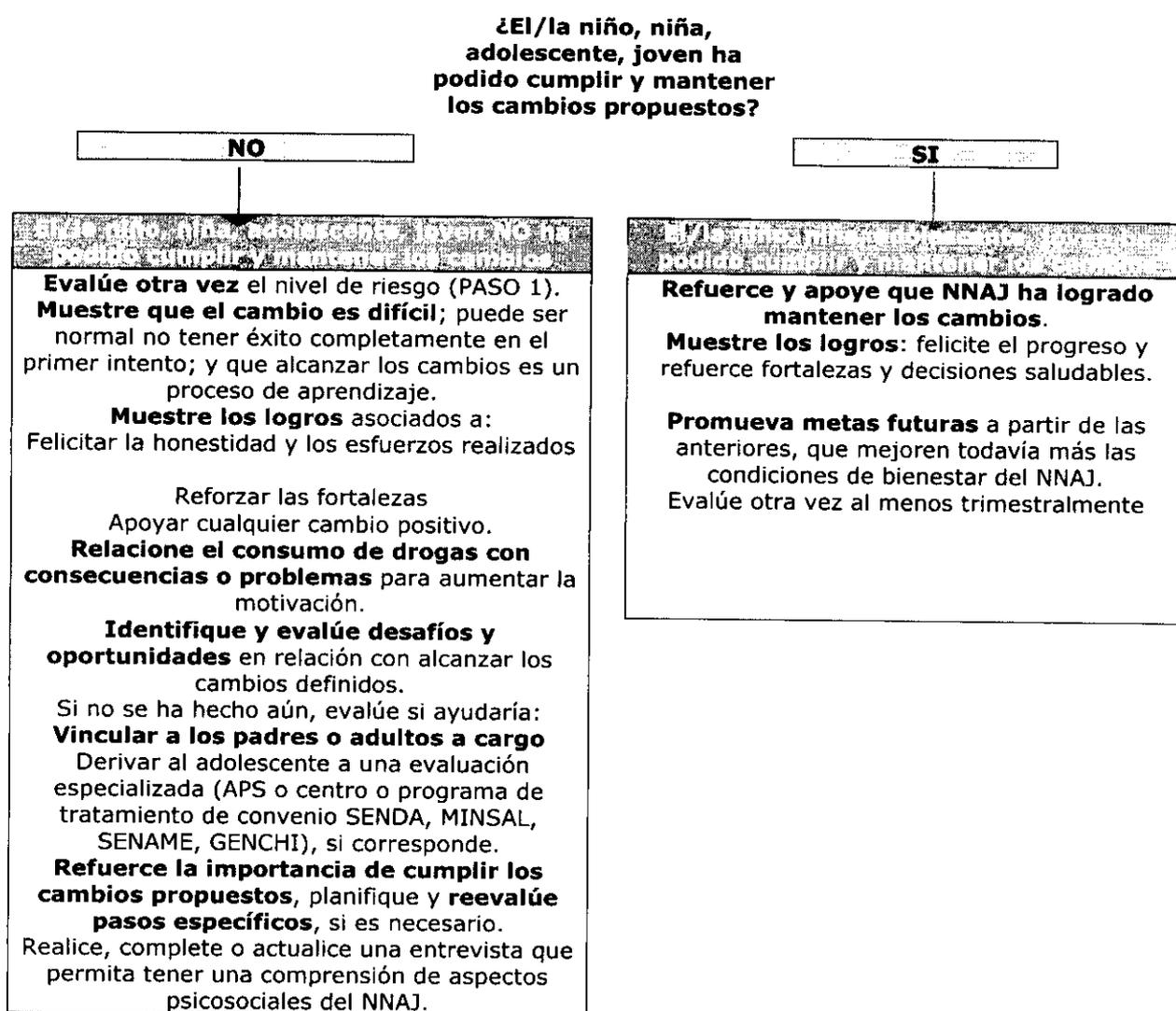
4.2.4 Acompañar y Seguir Apoyando

Cada vez que el NNAJ acude al centro o programa (OCA o administración directa) donde se está atendiendo, el profesional tendrá la oportunidad de fortalecer los efectos de la intervención previa:

- Debe preguntar acerca del consumo actual y cualquier problema asociado; recordar que es necesario re-evaluar el estadio motivacional de manera de entregar el apoyo apropiado y hacer la intervención correcta.
- Revisar las metas que se definieron junto con el NNAJ y evaluar si él o ella ha sido capaz de cumplirlas y mantenerlas, siempre a través de un estilo comunicacional no directivo, comprensivo y colaborativo. Este paso debiera contemplar máximo dos sesiones.

El siguiente modelo puede apoyar la realización de acompañamiento para las intervenciones motivacionales.

Fig. 4 Modelo de fase de acompañamiento



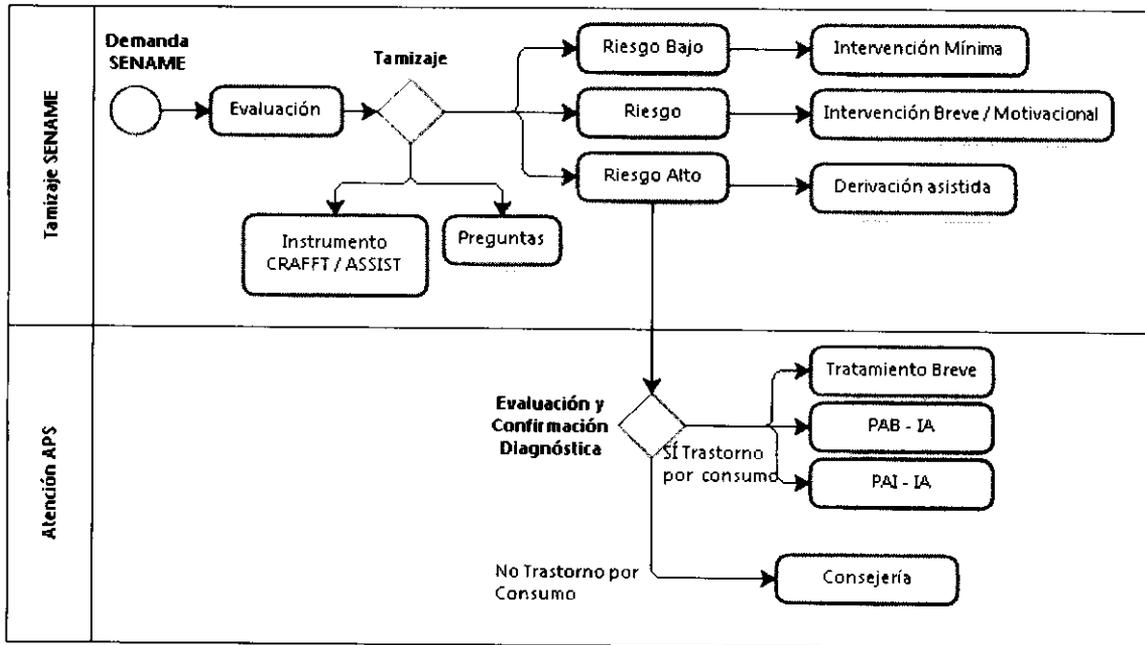
5. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS

Tal como ya se ha señalado, es indispensable la pesquisa temprana del riesgo de consumo, con la finalidad de intervenir oportunamente de acuerdo al riesgo detectado en el nivel de atención que corresponda; especialmente en población infantil y adolescente.

Es importante recordar que la Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de entrada a la red integrada de salud, por ello, la importancia que todos los niños, niñas, adolescentes y/o jóvenes en programas de la red SENAME estén inscritos en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) que les corresponde territorialmente (domicilio de familia o domicilio de residencia de protección o CIP-CRC) y mantengan los controles de salud que les corresponden, al día.

La Figura N°5 muestra cómo se implementa la intervención motivacional en APS para NNAJ con consumo de riesgo de alcohol u otras drogas.

Fig.5 Detección de Consumo de OH y otras Drogas y tratamiento en APS de los NNAJ de programas SENAME pesquisados con riesgo de consumo



Fuente: MINSAL – DIVAP 2017.

5.1 Confirmación Diagnóstica

En el caso de Residencias de Protección, se requiere que el NNAJ asista acompañado al CESFAM a la hora de confirmación diagnóstica, idealmente por el mismo profesional de SENAME que derivó y/o aplicó el instrumento de tamizaje. De no ser posible, el profesional, técnico o educador/a que acompaña debe contar con la información que permita entregar al equipo de salud los antecedentes, trayectoria de salud u otros aspectos relevantes para el diagnóstico y posible tratamiento.

En el caso de NNAJ que se encuentran en programas ambulatorios (protección) o de medio libre (para justicia juvenil), se debe procurar al informar de la derivación, que éste vaya acompañado de alguno de los padres, adulto referente o cuidadores.

De acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario, la confirmación diagnóstica en el CESFAM es realizada por el médico junto a un integrante del equipo de salud del sector (generalmente un psicólogo/a), quienes evaluarán los problemas del NNAJ asociados al consumo de drogas y alcohol, la motivación de éste para ingresar a tratamiento si corresponde, los factores de riesgo actual y la urgencia de la necesidad de ingresar a tratamiento de ser pertinente. Es importante tener en cuenta que esta es una población que debe ser priorizada para la atención de salud, por lo que se espera que la confirmación diagnóstica se de en el menor tiempo posible.

En el caso de adolescentes ingresados al sistema penal por Ley N°20.084, la confirmación diagnóstica será realizada por el equipo del programa de tratamiento ambulatorio intensivo.

Una vez confirmado el diagnóstico de algún trastorno por consumo de sustancia, el NNAJ puede ingresar en la red de salud a una de las siguientes alternativas de tratamiento, según edad y compromiso biopsicosocial:

a) Tratamiento Breve de tipo Motivacional

Corresponde a una estrategia de intervención cuya meta es reducir el riesgo de daño producido por el uso continuo de sustancias, así como también intervenir con los adolescentes y jóvenes diagnosticados con consumo de alto riesgo y que están experimentando consecuencias negativas.

Las intervenciones breves son de tipo motivacional, lo cual implica indagar el problema actual y motivar a la persona para comenzar a realizar acciones acerca de su conducta¹⁷. De esta forma se incrementa la disposición al cambio y el compromiso para modificar la conducta.

b) Programa Ambulatorio Básico Infanto Adolescente (PAB IA)

Es un conjunto de intervenciones y prestaciones dirigidas al logro de objetivos terapéuticos, en aquellas personas que presentan consumo perjudicial de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve a moderado, donde se destaca la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y soporte familiar.

c) Programa Ambulatorio Intensivo Infanto Adolescente (PAI IA)

Es un conjunto de intervenciones y prestaciones dirigidas al logro de objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar.

d) Programas Residenciales de tratamiento por consumo de alcohol y otras drogas (PR)

Esta modalidad corresponde a un programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, dirigido a NNAJ que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas y compromiso biopsicosocial severo. Cabe señalar, que por las características de la etapa del desarrollo y las necesidades de los NNAJ, se recomienda técnicamente que el tratamiento se realice básicamente en modalidad ambulatoria, por lo que la duración de la modalidad residencial deberá permitir alcanzar los objetivos establecidos en el menor tiempo posible, de manera de continuar trabajándolos ambulatoriamente hasta completar el tratamiento.

e) Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad (PAI MP):

Este plan consiste en un programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se realiza de manera ambulatoria, orientado al logro de objetivos terapéuticos y dirigido a adolescentes o jóvenes con internación provisoria o sanción en un medio privativo de libertad, con o sin sanción accesoria de drogas, que presentan abuso, consumo perjudicial y/o dependencia de drogas, compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que -de existir- está compensada.

f) Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre (PAI ML)

Este plan consiste en un programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se desarrolla de manera ambulatoria, orientado al logro de los objetivos terapéuticos dirigido a adolescentes o jóvenes con medida cautelar en medio libre, suspensión condicional del procedimiento con condición de tratamiento con o sin condición de Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD), con sanción accesoria de acuerdo al artículo 7 de la Ley N° 20.084, o sin sanción accesoria y que voluntariamente quiera tratarse habiendo sido sancionado a Sistema semi-cerrado, Libertad Asistida o Libertad Asistida Especial, que presentan abuso, consumo perjudicial y/o dependencia a drogas, compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que de existir, está compensada y familia o redes de apoyo con capacidad de contenerlo durante el tratamiento. Este plan está considerado para adolescentes o jóvenes que acceden a la atención durante el día, para así continuar insertos en su hogar o lugar de cumplimiento de sanción en los casos de semi-cerrado, por la noche y los fines de semana.

¹⁷ SAMSHA, National Institute on Drug Abuse, Mainstreaming Addictions in Medicine: Update on NIDA's SBIRT Efforts in General Medical Settings (2009).

Por otro lado, si en la evaluación diagnóstica, el médico y equipo determinan que el NNAJ no presenta un trastorno por consumo, pero sí un riesgo bajo o consumo de riesgo, que ya fue detectado, podrá ser derivado a una consejería.

Consejería: Corresponde a una actividad que realiza un profesional del equipo de salud, quien asume el rol de facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación del adolescente o joven, reconociendo a éste como protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables.

- Ayuda a la persona a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto de su cuidado individual o la modificación de conductas que implican un riesgo o daño.¹⁸
- Es quien escucha, informa y orienta a los adolescentes/jóvenes, con el fin de ayudarlos a reflexionar sobre su conducta personal, así como tomar decisiones que le permitan adoptar conductas saludables.

La consejería también, puede ser un espacio para orientar al adulto responsable y/o tutor legal, para ayudarlo en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables de los adolescentes/jóvenes.

6. CONSIDERACIONES GENERALES

Con el fin de poder pesquisar tempranamente situaciones de consumo de alcohol y otras drogas, de intervenir oportuna y adecuadamente, de dar continuidad a los cuidados y mejorar finalmente la calidad de vida de NNAJ, se debe tener siempre en cuenta que se requiere de la permanente coordinación y cooperación entre los distintos equipos que intervienen, que favorezcan la permanente vinculación de los NNAJ y sus familias a las redes de salud y que éstos puedan acceder a intervenciones integradas. Para lo anterior, se deben tener en cuenta al menos, las siguientes consideraciones:

6.1 Consideraciones Técnicas

1) Con respecto a la inscripción en el centro de salud de atención primaria:

- Para NNA del sistema de Protección que se encuentren, ya sea, en residencias de administración directa (CREAD - Residencias Familiares) o de organismos colaboradores acreditados (OCA), el encargado de salud, deberá inscribir a los niños, niñas y adolescentes en el CESFAM vinculado y solicitar hora para control de salud.
- Para los adolescentes de Justicia Juvenil que se encuentren en CIP-CRC, la enfermera de la Unidad de Salud, deberá realizar las gestiones necesarias con el establecimiento de APS vinculado, para la inscripción y realización del control de salud integral de adolescente.
- En el caso de niños, niñas, adolescentes en proyectos ambulatorios de protección, el profesional del programa SENAME deberá sensibilizar a la familia para que ocurra el proceso de inscripción en el centro de salud correspondiente al domicilio y verificar que éste se realice (mediante documento que la familia presente al proyecto).
- En el caso de adolescentes y jóvenes en programas de medidas (PSA y MCA) y sanciones (SBC, PLA, PLE y CSC); el encargado o delegado del programa SENAME, según sea el caso, deberá sensibilizar a la familia para que ocurra el proceso de inscripción en el centro de salud correspondiente al domicilio. Si no se cuenta con un adulto o referente significativo, el facilitador de salud del programa (profesional encargado de este tema) deberá acompañar al adolescente/joven en dicho proceso. Cabe destacar para jóvenes de CSC se deberá evaluar la conveniencia según cada caso de hacer la inscripción según domicilio familiar o domicilio del centro.

2) El profesional SENAME a cargo del proceso de intervención del NNAJ, deberá utilizar estrategias que aseguren la asistencia a los controles de salud y tratamientos brindados por el sector salud, incluyendo los programas de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas.

¹⁸ Pág. 49, "Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones" 2015

- 3) La inscripción efectiva en APS y la solicitud de hora para control de salud, son acciones independientes a la aplicación de tamizaje e intervención motivacional, ya que estos últimos permiten detección oportuna de consumo de alcohol y/u otras drogas e iniciar tratamiento.
- 4) El/la profesional que realiza el tamizaje y la intervención motivacional, debe construir junto con el NNAJ un plan de derivación asistida y, cuando sea posible, intencionar la participación de adultos a cargo, clarificando todas las dudas e inquietudes que surjan por parte de la persona, respecto de esta acción.
- 5) Para mantener la intención de cambio y restringir la ventana de vulnerabilidad, se puede contemplar sesiones adicionales de intervención motivacional por el profesional del SENAME, las cuales no pueden exceder un máximo de 4 sesiones. En forma paralela se gestiona la hora en CESFAM o centro de tratamiento según corresponda.
- 6) Con el fin de favorecer la intervención, es relevante, siempre cuando es posible, incorporar e involucrar a un adulto responsable en todo el proceso.
- 7) El profesional que identifica el riesgo alto de consumo, debe emitir un informe con antecedentes relevantes e indicadores de consumo arrojados por el CRAFFT o ASSIST, el cual debe ser enviado al profesional de salud mental que evaluará al adolescente en el CESFAM o programa de tratamiento (Anexo 4).
- 8) El profesional del CESFAM o del programa de tratamiento se encargará de la coordinación con el profesional responsable del NNAJ vinculado a la red SENAME, tanto de residencias, CIP-CRC, CSC o programas ambulatorios; estableciendo contacto regular y sistemático vía telefónica, mail y reuniones periódicas, con la finalidad de brindar el acceso oportuno a prestaciones de salud y garantizar el flujo de información, de manera tal que ambas partes estén en conocimiento de la evolución del caso y el plan de tratamiento.
- 9) Una vez ingresado a tratamiento, se resguardará y velará la asistencia a las sesiones respectivas para garantizar la continuidad del cuidado de la salud, principalmente de niño/niña/adolescente que pertenecen al sistema de protección residencial. Si por motivos de fuerza mayor, éste no asiste a sesión, se deberá avisar con anticipación, a modo de utilizar el cupo con otro usuario/a.
- 10) En el caso de los NNAJ que se encuentran al cuidado de sus familias y se hallen en intervención en algún programa ambulatorio de SENAME, serán los profesionales encargados de caso, delegados, psicólogos o trabajadores sociales, según corresponda, quien deberá monitorear el cambio o inscripción en el CESFAM que corresponda por territorio y la asistencia a controles u otras acciones de salud, incluyendo a los programas de tratamiento en drogas. Esta misma tarea deberá ser desarrollada por el CSC, sobre todo cuando se genera el egreso del joven de dicho sistema, considerando que debe generarse el cambio de CESFAM a su territorio, de manera tal de garantizar la continuidad de su atención.

6.2 Consideraciones Administrativas

- 1) Conocer la distribución territorial de:
 - a) Establecimientos de salud de APS¹⁹ y especialidad²⁰ y sus respectivos/as Directores/as.
 - b) Equipos que intervienen en consumo problemático de alcohol y otras drogas, en convenio con SENDA (públicos y privados), quienes también son equipos de salud y especialidad.
 - c) Programas preventivos implementados por SENDA.
- 2) Velar y monitorear la inscripción del niño/niña/adolescente/joven en el CESFAM que corresponde a su domicilio o residencia. Para el trámite de inscripción debe considerar los siguientes aspectos:
 - a) Quien hace la inscripción, debe dirigirse al SOME del CESFAM y presentar la cédula de identidad del NNAJ.

¹⁹ Consultorios generales urbanos (CGU), consultorios rurales, centros de salud familiar (CESFAM), postas de salud rural, centros comunitarios de salud (CECOSF), servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), servicios de atención primaria de urgencia de alta resolutivez (SAR) y hospitales de baja complejidad acreditados como hospital de la familia y comunidad.

²⁰ Centros de Salud Mental Comunitaria como COSAM, CESAM, ESMA, CECOSAM, CESAMCO, Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) u Hospitales de Mediana y/o Alta Complejidad.

- b) El funcionario del SOME, verificará en línea la situación previsional para proceder a la inscripción.
- c) En caso que el NNAJ sea inmigrante, se aplicará el Decreto N°67, de 2015, del Ministerio de Salud, que modificó el Decreto N° 110, de 2004, de dicha Cartera de Estado, que Fija Circunstancias y Mecanismos para Acreditar a las Personas Carentes de Recursos o Indigentes”, el cual incorporó a los inmigrantes en situación irregular, sin visa o sin documentos como beneficiarios de FONASA, lo cual les permite acceder a las prestaciones que ofrece el servicio de salud público en Chile, mientras regularizan su situación migratoria. En salud se le creará un número de identificación provisoria, el cual tendrá vigencia de 1año y luego, deberán volver a solicitarlo (con esto se busca apoyar la regularización).
- d) Los NNAJ bajo el sistema de cuidado alternativo residencial, si al ingreso a un programa residencial de protección (OCA o administración directa) o en justicia juvenil al ingreso de una medida o sanción en contexto privativo (CIP-CRC), se encuentran inscritos en ISAPRE, SENAME debe realizar las gestiones pertinentes de orientación para que la familia realice el trámite de desafiliación a la ISAPRE y afiliación a FONASA. Una vez incorporado el NNAJ a FONASA, un funcionario del centro de cuidado residencial deberá inscribirlo en el Centro de Salud que le corresponde por domicilio.
- e) Para los NNAJ que participan en programas ambulatorios de protección y programas de medidas (PSA y MCA) y sanciones (SBC, PLA, PLE y CSC), se respetará la afiliación de salud elegida por la familia, considerando que deberá recurrir a su sistema previsional para brindar los apoyos que requiere su hijo/a. De evaluarse riesgo alto y requerir confirmación diagnóstica por consumo de alcohol y/u otras drogas, es posible entregar como alternativa a la familia el que ésta pueda realizarse en un centro de tratamiento para población infanto adolescente en convenio con SENDA, de existir disponibilidad.
- e) Los NNAJ con previsión de salud CAPREDENA o DIPRECA, no son beneficiarios de FONASA por lo tanto, no pueden inscribirse en un establecimiento de APS. No obstante, pueden retirar leche según edad y vacunarse según el calendario del programa nacional de inmunizaciones. De acuerdo a organización de cada municipio, algunos centros de salud podrían dar atención sanitaria a NNAJ no beneficiarios de FONASA. Al igual que el grupo anterior, de evaluarse riesgo alto y requerir confirmación diagnóstica por consumo de alcohol y/u otras drogas, es posible entregar como alternativa a la familia el que ésta pueda realizarse en un centro de tratamiento para población infanto adolescente en convenio con SENDA, de existir disponibilidad.
- f) Pueden inscribirse en un CESFAM: beneficiarios de FONASA A-B-C y D, beneficiarios del subsidio único familiar, familias del programa seguridad y oportunidades (Ex Chile Solidario) y beneficiarios del PRAIS.
- g) Mantener reuniones periódicas con el equipo gestor intersectorial local, utilizando actas y nóminas de asistencia, en aquellos Servicios de Salud donde se encuentre implementado el Sistema Intersectorial de Salud Integral, con Énfasis en Salud Mental, para Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Vulneración de Derecho y/o Sujetos a La Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.
- h) El/la profesional que pesquisa el riesgo alto, se contactará con el referente del CESFAM (en temas de coordinación con SENAME) o del programa de tratamiento si corresponde, para asegurar el vínculo entre el NNAJ y centro de salud y facilitar la evaluación y/o inicio de tratamiento si corresponde.
- i) El SENAME utilizará la estrategia de reuniones de socialización de los instrumentos y/o lineamientos acordados intersectorialmente, para asegurar el conocimiento de los funcionarios.

6.3 Trabajo intersectorial

- 1) Es fundamental el permanente trabajo en equipo en términos de comunicación y coordinación entre personal de SENAME (tanto de administración directa como de organismos colaboradores) y Salud, tanto de Atención Primaria como con SENDA, con la finalidad de mantener actualizada la oferta programática de instancias de prevención y tratamiento.

- 2) En Atención Primaria de Salud, se sugiere que los programas de SENAME tanto de administración directa como de organismos colaboradores, coordinen una entrevista con el Director/a del CESFAM a modo de presentación y que se establezca quienes serán los referentes de cada institución.
- 3) La validación de la aplicación del CRAFFT y ASSIST por parte de APS, dependerá de las coordinaciones locales entre los referentes de ambas instituciones a nivel local
- 4) Se destaca que, a partir del año 2018, los establecimientos de APS vinculados a una residencia de protección, deben actualizar los referentes y definir un plan de trabajo conjunto a desarrollar durante el año, por lo que acciones de promoción y prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, puedan ser incorporadas en dicho plan de trabajo.
- 5) Conocer los procedimientos internos del establecimiento de APS del territorio, como horarios y lugar para realizar la inscripción en el establecimiento, con quien solicitar hora para evaluación diagnóstica y otros trámites afines. Se reitera que el niño/niña/adolescente/joven debiera estar inscrito en el CESFAM que corresponde al domicilio donde reside, o de la residencia de protección o CIP-CRC, en el caso de estos dos últimos desde su ingreso a un sistema de cuidado alternativo o CIP-CRC de la red SENAME.
- 6) Conocer los procedimientos de los centros o programas de tratamiento en convenio con SENDA.
- 7) Mantener una vinculación permanente con el establecimiento de atención primaria del territorio para establecer un trabajo continuo que permita mejorar la aplicación de los instrumentos y el acceso a la atención de alcohol y/o drogas según la necesidad del NNAJ, ya sea por medio de reuniones, capacitaciones u otras instancias definidas localmente. Es importante, utilizar actas y nóminas de asistencia.

7. BIBLIOGRAFÍA

Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato Estudio (2012) *Diagnóstico en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes Atendidos en el Marco del Programa Vida Nueva*, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Colombo Plan e INL del Departamento de Estado de Estados Unidos (2015a) *Manual de participación del Participante, curso 2, Tratamiento para niños con trastornos por consumo de sustancias: Consideraciones especiales y asesoramiento para niños*.

Colombo Plan e INL del Departamento de Estado de Estados Unidos (2015b) *Manual de participación del Participante, curso 3, Entrevista Motivacional para Niños con Trastornos por Consumo de Sustancias*.

Gaete, Jorge et al (2014) *Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes Infractores de Ley en Chile*. Escuela de Psicología Universidad de los Andes, Instituto de Sociología Universidad Católica de Chile. Publicado en Rev. Med. Chile 2014; 142: 1377-1384.

Ministerio de Salud (2013) *Guía Clínica AUGÉ. Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras Drogas en Personas Menores de 201 Años*. Chile.

Ministerio de Salud (2015) *Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes*. Chile.

Ministerio de Salud (2017) *Orientaciones Técnico y Administrativas para la Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida para el consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Atención Primaria*. Chile.



**CHILE LO
HACEMOS
TODOS**

Ministerio de Salud (2018) *Orientaciones técnicas y administrativas para la atención de salud en la atención primaria de niños, niñas, adolescentes y jóvenes que participan en programas del Servicio Nacional de Menores, dirigida a equipos de salud.* Chile.

Organización Mundial para la Salud (OMS)/Organización Panamericana para la Salud (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria.* Chile.

Rojas, Claudio y Muñoz, Eduardo (2011) *Manual de Procedimiento para Intervención Motivacional con Infractores.* Centro Integral de Tratamiento y Rehabilitación Gamma. Chile.

SENDA (2015) *Décimo Primer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile.* Chile.

SENDA (2016) *Décimo Segundo Estudio de Drogas en Población General.* Chile.

Soto Brandt et al. (2014) *Evidencia de validez en Chile del test de tamizaje del riesgo asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST)* ADICCIONES, 2014; VOL. 26 NÚM. 4; PÁGS. 291-302.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de Detección: CRAFFT

CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble)

Preguntas para el screening de consumo de drogas y alcohol en adolescentes

Voy a hacerte algunas preguntas acerca de drogas y alcohol. Puedes responder de la manera más sincera posible, porque lo que digas será confidencial, es decir, no será dicho a nadie y no será usado con otro fin que el de tener mejor información acerca de tu salud y bienestar.

PARTE A: Durante los últimos 12 meses

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

(a todas las preguntas anteriores)

SI

(a cualquier pregunta anterior)

Pasar a las 6 preguntas CRAFFT

PARTE B: Preguntas CRAFFT

1. ¿Alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?
3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?
4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?
5. ¿Te ha dicho tu familia o AMIGOS que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?
6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

PUNTAJE CRAFFT (Suma puntaje de preguntas B1-B6 - 1 punto por cada SI)

ANEXO 2: Instrumento de Detección: ASSIST

OMS - ASSIST V3.0 - CHILE



ENTREVISTADOR: CONTEXTO O LUGAR:

NOMBRE PARTICIPANTE: FECHA: / /

dd / mm / aa

Pregunta 1 MOSTRAR TARJETA DE DROGAS N°1

Alguna vez en su vida, ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias? (SIN RECETA O INDICACIÓN MÉDICA)	No	Si
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3
f. Inhalantes	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Pregunta 2 MUESTRE TARJETA DE RESPUESTA N°2

En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia ha consumido: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6, de lo contrario continúe con la entrevista.

1.2 Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco cuando iba al colegio?"

SI	<input type="checkbox"/>	Vuelva a leer la Pregunta 1
NO	<input type="checkbox"/>	-Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista. -Si contestó "Si" a alguno de los ítems de la P1, siga a la P2 para cada sustancia que haya consumido alguna vez.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Tarjeta de respuesta - sustancias

- a. Tabaco (cigarrillos, cigarras, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
- b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
- c. Marihuana (cannabis, puros, hierba, hashish, etc.)
- d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.)
- e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
- f. Inhalantes (neopren, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, paper, aerosoles, etc.)
- g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Ampera/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chichos/funfos/zepam, etc.)
- h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
- i. Opiáceos (codeína/arabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
- j. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para cumplir con sus obligaciones habituales a causa del consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Menualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a Tabaco					
b Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c Marihuana	0	5	6	7	8
d Cocaína	0	5	6	7	8
e Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	5	6	7	8
f Inhalantes	0	5	6	7	8
g Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h Alucinógenos	0	5	6	7	8
i Opiáceos	0	5	6	7	8
j Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Pregunta 6 MOSTRAR TARJETA DE RESPUESTA N°3

¿Alguna vez amigos, familiares o alguien más le han mostrado preocupación por su consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco	0	6	3
b Bebidas alcohólicas	0	6	3
c Marihuana	0	6	3
d Cocaína	0	6	3
e Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f Inhalantes	0	6	3
g Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h Alucinógenos	0	6	3
i Opiáceos	0	6	3
j Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

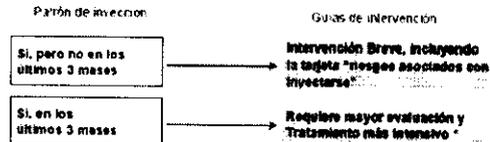
¿Alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco	0	6	3
b Bebidas alcohólicas	0	6	3
c Marihuana	0	6	3
d Cocaína	0	6	3
e Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f Inhalantes	0	6	3
g Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h Alucinógenos	0	6	3
i Opiáceos	0	6	3
j Otros - especifique	0	6	3

Pregunta 8

¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado alguna vez se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo.



CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a, la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada y se calcula como P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Intervención Mínima	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo
a tabaco		0 - 3	4 - 20	21+
b alcohol		0 - 10	11 - 20	21+
c marihuana		0 - 3	4 - 20	21+
d cocaína		0 - 3	4 - 20	21+
e anfetaminas		0 - 3	4 - 20	21+
f inhalantes		0 - 3	4 - 20	21+
g sedantes		0 - 3	4 - 20	21+
h alucinógenos		0 - 3	4 - 20	21+
i opiáceos		0 - 3	4 - 20	21+
j otras drogas		0 - 3	4 - 20	21+

NOTA: "UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios capacitados en adicciones dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

ANEXO 2.1

Tarjeta de respuesta N°1- sustancias

-
- a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
-
- b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
-
- c. Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.)
-
- d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.)
-
- e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
-
- f. Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, poper, aerosoles, etc.)
-
- g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/flunitrazepam, etc.)
-
- h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
-
- i. Opiáceos (codeína/jarabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
-
- j. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)
-

ANEXO 2.2

Tarjeta N°2

Tarjeta de respuesta (Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces al mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana

ANEXO 2.3

Tarjeta N°3

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

ANEXO 2.4

OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

Tarjeta de respuesta - sustancias

- | |
|--|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) |
| c. Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.) |
| d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.) |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.) |
| f. Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, popper, aerosoles, etc.) |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/flunitrazepam, etc.) |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.) |
| i. Opiáceos (codeína/jarabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.) |
| j. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.) |

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

- Nunca:** no he consumido en los últimos 3 meses.
- Una o dos veces:** 1-2 veces en los últimos 3 meses.
- Mensualmente:** 1 a 3 veces en el último mes.
- Semanalmente:** 1 a 4 veces por semana.
- Diariamente o casi a diario:** 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

- No, nunca**
- Si, pero no en los últimos 3 meses**
- Si, en los últimos 3 meses**

ANEXO 2.5

**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
 (OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes**

Nombre

Fecha del Test

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-20 Intermedio 21+ Alto
c. Marihuana		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto
j. Otros – especificar		0-3 Bajo 4-20 Intermedio 21+ Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Intermedio: Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, etc.) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea un consumidor abusivo o dependiente.

ANEXO 3: Tipos de sustancias

1. Alcohol

El alcohol entra en el torrente sanguíneo, tan pronto se toma el primer sorbo. Los efectos inmediatos del alcohol pueden aparecer dentro de unos 10 minutos. Cuanto mayor sea la cantidad de alcohol presente en la sangre, más intensos pueden ser sus efectos. Estos efectos pueden incluir:

- Inhibiciones reducidas
- Dificultad para hablar
- Discapacidad motriz
- Confusión
- Problemas de memoria
- Problemas de concentración
- Coma
- Problemas respiratorios
- Fallecimiento

Otros riesgos del consumo de alcohol pueden incluir:

- Accidentes automovilísticos y otros accidentes
- Conductas de riesgo
- Comportamiento violento
- Suicidio y homicidio

¿Qué es el consumo de riesgo de alcohol?

Es importante comprender que el “consumo perjudicial” y la “dependencia” son las formas más graves de uso de alcohol, que genera daños y consecuencias de salud y sociales para la persona y para su entorno, que comúnmente son evidentes y reconocibles.

Estas personas ya han visto su salud física y mental afectada por el consumo de alcohol, su vida social o familiar ha resultado dañada, han perdido el control del consumo, tienen dificultad o incapacidad para detenerse una vez que han comenzado a beber, entre otras consecuencias. Estas personas son las que consultan a los establecimientos de salud directamente por su problema con el alcohol (por sí mismos o movilizados por alguien más que se preocupa por su estado).

Sin embargo, no es necesario que una persona beba al grado de ser dependiente o de tener un consumo perjudicial para que su relación con el alcohol tenga consecuencias negativas para su salud u otras áreas de su vida o también para otras personas. Es por eso que usamos el concepto de CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL.

En el caso particular de la población adolescente, sabemos que la dependencia o el consumo perjudicial, estrictamente hablando, se dan en casos más aislados y escasos. Como problema, es mayor la proporción de consumo de riesgo de alcohol.

El consumo de riesgo de alcohol es una manera de beber que aumenta el riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud, sin ser un trastorno (dependencia o consumo perjudicial).

El consumo de alcohol afecta mucho más a niños, niñas y adolescentes que a adultos, y uno de los problemas importantes de resolver, es que el concepto de consumo de riesgo es distinto que en adultos. En el caso de los adolescentes, es mucho más difícil hablar de un consumo de bajo riesgo o de menor riesgo y, por otro lado, podría decirse que todo consumo constituye algún nivel de riesgo.

¿Cuáles son los riesgos de esta manera de beber?

El alcohol se asocia directamente a la causa o agravamiento de 60 tipos distintos de enfermedades, trastornos y daños. Se relaciona directamente con la mayor parte de las enfermedades que en Chile causan más muertes o discapacidad: enfermedad hipertensiva del corazón, cirrosis hepática, trastornos depresivos, úlcera péptica, así como diversas formas de cáncer. Eso explica que en Chile sea el primer factor de riesgo que origina más muertes y discapacidad.

Para que estas enfermedades o daños aparezcan no es necesario que las personas beban en mucha cantidad o por mucho tiempo continuado, por ejemplo, en los accidentes de tránsito, agresiones y otras formas de violencia que también están dentro de las principales causas de muerte y discapacidad en Chile: están fuertemente relacionadas con el consumo de alcohol, y usualmente ocurren en personas que beben de manera riesgosa y sin tener dependencia del alcohol o un consumo perjudicial.

¿Cómo afecta el consumo de alcohol la vida de los adolescentes?

A corto plazo, el consumo de alcohol en adolescentes a menudo se traduce en lesiones no intencionales y muerte; tendencias suicidas; agresión y victimización; infecciones y embarazos no planificados, relaciones sexuales sin protección; y problemas académicos y sociales.

A largo plazo, beber alcohol en la adolescencia se asocia con mayor riesgo de desarrollar dependencia más adelante en la vida. Además, el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia puede producir cambios funcionales y estructurales de larga duración en el cerebro.

2. Marihuana

¿Cómo afecta la marihuana al cerebro?

Al fumar marihuana, el tetrahidrocanabinol o THC, compuesto psicoactivo del cannabis, pasa rápidamente de los pulmones a la sangre, transportándolo al cerebro y a otros órganos de todo el cuerpo. Cuando se ingiere en comidas o bebidas es más lenta su absorción.

El THC, independientemente de cómo se ingiera, actúa sobre los receptores cannabinoides del cerebro. Estos puntos moleculares específicos en las células cerebrales se activan generalmente mediante sustancias químicas, similares al THC, que son producidas de forma natural en el cuerpo formando una red de comunicación neuronal llamada sistema endocannabinoide. Este sistema desempeña un papel importante en el desarrollo del cerebro y en su funcionamiento normal, principalmente en funciones que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, la percepción sensorial y del tiempo y el movimiento coordinado.

Desde el período prenatal hasta la niñez y la adolescencia, el cerebro se mantiene en un estado de desarrollo activo. Por este motivo, durante estos períodos de desarrollo son intrínsecamente más vulnerables que un cerebro maduro a los efectos adversos a largo plazo de las agresiones químicas o ambientales, como la exposición al THC.

Es así que los estudios vigentes, señalan que a esta edad el consumo puede provocar anomalías en el funcionamiento del cerebro, vinculadas a cambios en el tiempo en la neuro-cognición (en el volumen de las estructuras del cerebro y la activación de las tareas cognitivas)

¿Qué efectos negativos tiene el consumo de marihuana?

Cuando se consume marihuana, el sistema endocannabinoide se sobreactiva y provoca los siguientes efectos:

A corto plazo

- Deterioro de la memoria a corto plazo
- Deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas
- Deterioro de la coordinación y el equilibrio
- Aumento en el ritmo cardíaco
- Episodios psicóticos.

Persistentes (duran más que durante su consumo, pero no siempre son permanentes)

- Deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje
- Deterioro en el sueño.

A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico)

- Puede llevar a la adicción
- Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis
- Aumento en el riesgo de precipitación de esquizofrenia en personas susceptibles
- Puede aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional.

En los adolescentes principalmente se han observado otros efectos, tales como el retraso en el desarrollo de funciones ejecutivas, como son el criterio, la capacidad de planificación, la realización de tareas y el cumplimiento de metas, y las respuestas emocionales exageradas e inmaduras a las situaciones.

¿El consumo de marihuana durante el embarazo puede afectar el desarrollo del bebé?

De acuerdo investigaciones, el consumo de marihuana por parte de mujeres embarazadas podría alterar el sistema endocannabinoide que se está desarrollando en el cerebro del feto y tener consecuencias al nacer tales como problemas de atención, memoria y resolución de problemas.

¿Produce adicción la marihuana?

El uso continuo de marihuana puede llevar a la adicción, es decir que a la persona se le puede dificultar controlar el consumo y si quiere detenerlo, usualmente no puede hacerlo. Investigaciones recientes señala que aproximadamente el 9 por ciento de los consumidores se vuelven adictos a la marihuana. Este número aumenta hasta un 17% (1 de cada 6) en quienes comienzan a edad temprana y de 25% a 50% en las personas que consumen marihuana a diario.

Cuando se consume marihuana después de mucho tiempo y se intenta dejarla se manifiestan una serie de síntomas de abstinencia que pueden hacer más difícil detener el consumo. Dentro de estos síntomas se incluye:

- Irritabilidad
- Insomnio
- Disminución del apetito
- Ansiedad
- Ansia por consumir

¿Cómo afecta la marihuana la vida de un adolescente?

En general, quienes consumen frecuentemente marihuana señalan una menor satisfacción con sus vidas, tienen una salud física y mental más deficiente, más problemas en sus relaciones y menos éxitos académicos y profesionales en comparación con sus pares que no consumen.

En los adolescentes, el consumo de marihuana está relacionado con **el fracaso escolar**, ya que los efectos en la memoria, la atención y el aprendizaje pueden durar días y hasta semanas si se consume con frecuencia. Así, cuando se consume a diario, se tiene una mente "nublada" permanentemente. Estudios muestran que quienes consumen, en comparación con los que no, tienen notas más bajas y son más proclives a abandonar la escuela. Incluso, en aquellos adolescentes que consumen con regularidad, se han observado disminución de su coeficiente intelectual.

El consumo de marihuana afecta el **aprendizaje**, ya que sus efectos en la atención y la memoria hacen que sea difícil aprender algo nuevo o ejecutar labores que requieren atención y concentración.

También puede tener consecuencias en el **desempeño deportivo**, ya que afecta el ritmo, el movimiento y la coordinación.

La marihuana, al igual que la mayoría de las drogas, puede alterar el **juicio**, lo que puede llevar al adolescente a conductas riesgosas, exponiéndolo a enfermedades de transmisión sexual como el VIH.

¿El consumo de marihuana afecta la conducción?

El consumo de marihuana afecta gravemente las habilidades necesarias para poder conducir, como son la atención, la concentración, la coordinación y el tiempo de reacción. Además, bajo su uso es más difícil poder evaluar las distancias y reaccionar ante las señales visuales y auditivas en la carretera. Por lo tanto, la marihuana favorece al riesgo de lesiones o muerte al conducir un automóvil, duplicando el riesgo de accidentes en comparación con quienes no están bajo sus efectos. La combinación de marihuana y alcohol es peor que cada una de estas drogas por separado en relación a las dificultades motrices.

3. Cocaína

La cocaína es una droga estimulante y altamente adictiva que se fabrica a partir de las hojas de la planta de coca, originaria de América del Sur. Cuando se inyecta o se fuma la cocaína, la droga pasa rápidamente al torrente sanguíneo y al cerebro, produciendo una euforia más fuerte y más rápida, pero de más corta duración (5 a 10 minutos), que al inhalarla (15 a 30 minutos). Para mantener la euforia, quienes consumen cocaína por lo general lo hacen siguiendo un patrón de uso repetido en un periodo de tiempo relativamente corto aumentando progresivamente la dosis. Así también, quienes consumen regularmente cocaína generan tolerancia a la sustancia, aumentando la dosis para tratar de producir el mismo placer que sintieron la primera vez que la

usaron. Esta acción de búsqueda incontrolable de la droga sin importar las consecuencias, lleva a la adicción e incrementa los riesgos psicológicos y fisiológicos.

En el sistema nervioso, esto se traduce en un incremento de la concentración del neurotransmisor dopamina en los circuitos que regulan el placer y el movimiento, pudiendo generar cambios a largo plazo en el sistema de gratificación, así como en otros sistemas del cerebro produciendo la adicción.

¿Qué efectos adversos a la salud tiene la cocaína?

Efectos inmediatos (con dosis moderadas)

- Ausencia de fatiga, sueño y hambre.
- Exaltación del estado de ánimo.
- Mayor seguridad en sí mismo.
- La persona se percibe como alguien sumamente competente y capaz, disminuyen las inhibiciones.
- Aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la presión arterial.
- Aumento de la temperatura corporal y la sudoración.
- Reacción general de euforia e intenso bienestar.
- Cuando el uso es ocasional, puede incrementar el deseo sexual y demorar la eyaculación, aunque es posible que dificulte la erección.

Efecto de consumir altas dosis

- Ansiedad intensa y agresividad.
- Ilusiones y alucinaciones.
- Temblores y movimientos convulsivos.
- La sensación de bienestar inicial suele ir seguida por una bajada que se caracteriza por cansancio, apatía, irritabilidad y conducta impulsiva.

Riesgos

- Complicaciones psiquiátricas: irritabilidad, crisis de ansiedad, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración.
- "Psicosis cocaínica": consiste en un brote de ideas paranoides que llevan a la persona a un estado de confusión, pudiendo producir crisis de pánico y alucinaciones.
- Apatía sexual o impotencia.
- Trastornos nutricionales (alteración del apetito).
- Alteraciones neurológicas (dolores de cabeza o accidentes vasculares, como infarto cerebral).
- Cardiopatías (arritmias, infartos e isquemias).
- Problemas respiratorios (disnea o dificultad para respirar, perforación del tabique nasal).
- Importantes secuelas sobre el feto durante y después del embarazo (aumento de la mortalidad en el período cercano y posterior al parto, aborto y alteraciones nerviosas en el recién nacido).
- Puede provocar dependencia.

4. Pasta Base de Cocaína

La Pasta Base de Cocaína (PBC) se fuma mezclada con tabaco (mono) o con marihuana (marciano). Cuando se fuma, el efecto es rápido e intenso (entre 8 y 40 segundos en aparecer y dura sólo unos minutos). También se consume en pipas o en antenas de televisión ahuecadas. Es una sustancia **altamente adictiva**, debido a que la euforia y bienestar que provoca son muy breves, lo que se acompaña inmediatamente de una fuerte angustia, y evitar esta sensación es la razón para seguir consumiendo PBC.

Sus efectos dependen de muchas variables como el tipo de preparación, la dosis, la frecuencia de consumo, las impurezas y adulteraciones que contenga, la motivación (estimulante, búsqueda de placer, antidepresiva), entre otras. Los efectos que produce el consumo de PBC se pueden dividir en cuatro etapas:

Etapas de euforia

- Euforia.
- Disminución de inhibiciones.
- Sensación de placer.
- Éxtasis.
- Intensificación del estado de ánimo.
- Cambios en los niveles de atención.

- Hiperexcitabilidad.
- Sensación de ser muy competente y capaz.
- Aceleración de los procesos de pensamiento.
- Disminución del hambre, el sueño y la fatiga.
- Aumento de la presión sanguínea, la temperatura corporal y el ritmo respiratorio.

Etapa de disforia

- Sensación de angustia, depresión e inseguridad.
- Deseo incontenible de seguir fumando.
- Tristeza.
- Apatía.
- Indiferencia sexual.

Etapa en que la persona empieza a consumir ininterrumpidamente cuando aún tiene dosis en la sangre para evitar la disforia.

Etapa de psicosis y alucinaciones

El consumo de PBC puede provocar psicosis o pérdida del contacto con la realidad, la que puede darse después de varios días o semanas de fumar con frecuencia y durar semanas o meses. Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas, olfatorias o cutáneas.

Otros efectos físicos:

- Pérdida de peso.
- Palidez.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Verborrea.
- Midriasis (dilatación de las pupilas).
- Náuseas y/o vómitos.
- Sequedad de la boca.
- Temblor.
- Hipertensión arterial.
- Falta de coordinación.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Picazón.

ANEXO 4: DERIVACIÓN A EVALUACIÓN Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

En el contexto de los "Lineamientos para la detección, intervención y derivación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por consumo de alcohol y otras drogas"²¹, cuyo propósito es mejorar el proceso de pesquisa temprana e intervención oportuna, el equipo de SENAME detectó riesgo de consumo problemático²².

A continuación, se resumen los antecedentes y se solicita hora para la evaluación y confirmación diagnóstica.

1) Antecedentes Personales del niño, niña, adolescente o joven

Nombre completo: _____
 RUT: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Comuna: _____
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ años
 Nombre Adulto responsable: _____

2) Antecedentes del programa SENAME

Nombre del Centro y/o programa SENAME: _____
 Dirección: _____ Comuna: _____
 Teléfono: _____

3) Resultado del Tamizaje

Cuestionario: No aplicado CRAFFT ASSIST Fecha: ____ / ____ / ____

Puntuación	Resultado	Intervención realizada

Profesional que aplicó el tamizaje / realizó pesquisa: _____
 Teléfono: _____ email: _____
 Observaciones: _____

Firma del profesional: _____

Fecha: _____

²¹ Documento elaborado por SENAME en colaboración con MINSAL y SENDA (2018).

²² Los lineamientos establecen que, en adolescentes menores de 13 años y adolescentes embarazadas, cualquier consumo se considera de riesgo alto, por lo que siempre deben ser derivado a confirmación diagnóstica.

2° PUBLÍQUESE la presente resolución en el sitio web institucional del SENAME.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



SUSANA TONDA MITRI
DIRECTORA NACIONAL
SERVICIO NACIONAL DE MENORES

SBT/MMC/CBH/JICZ/LJR/HGG
Distribución:

- Dirección Nacional
- Departamento de Protección y Restitución de Derechos
- Departamento de Justicia Juvenil
- Unidad de Salud Dirección Nacional del SENAME
- Departamento Jurídico.
- Oficina de Partes.