

Niños, niñas y adolescentes: Tratamiento de Drogas

Guía de asesoría clínica para
programas de tratamiento y
rehabilitación en drogas para
población infantoadolescente y sus
especificidades

Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes
2008

Niños, niñas y adolescentes: Tratamiento de Drogas

Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infantoadolescente y sus especificidades.

Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)
Ministerio del Interior
Gobierno de Chile

Santiago, Chile.
2008

Registro de Propiedad Intelectual N° 170.773
I.S.B.N.: 978-956-7808-82-3

Diseño: Verónica Santana
Ilustraciones: Sebastián Olivari

Impresión: Editores e Impresores Aconcagua S.A.



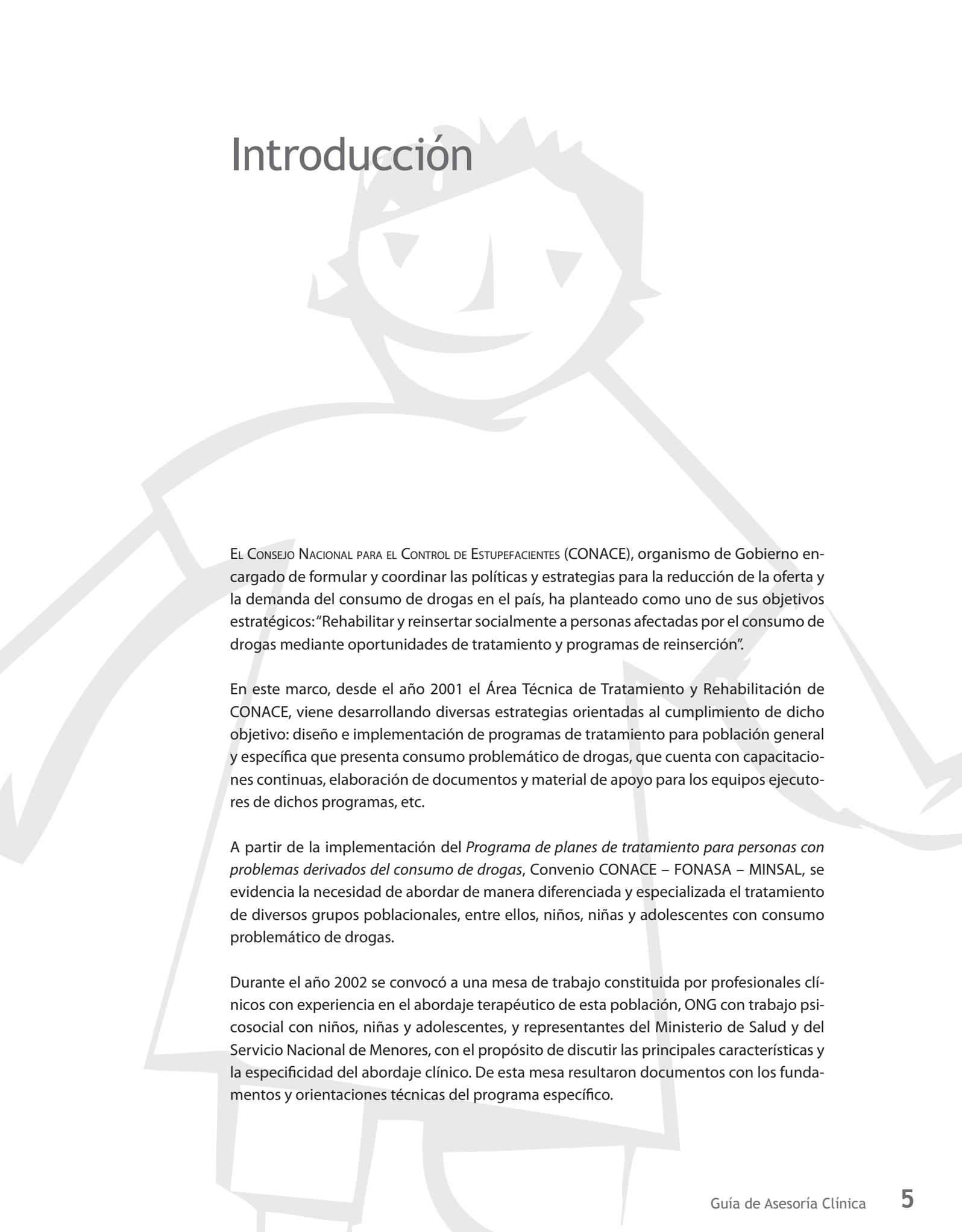
Índice

Introducción	5
I. Epidemiología del uso de sustancias en adolescentes chilenos	9
II. Principios fundamentales del modelo de intervención comprensivo, evolutivo e integral para la población infantoadolescente	13
III. Marcos referenciales	19
1. Ciclo vital y desarrollo del adolescente	19
2. El adolescente: sujeto y objeto de un proceso	20
3. El proceso adolescente y sus características evolutivas	24
4. Los trastornos por uso de sustancias en los adolescentes	28
5. Definición de consumo perjudicial y síndrome de dependencia	30
IV. Intervenciones terapéuticas específicas	31
1. Intervenciones clínicas	31
2. Intervenciones de contexto	34
3. Tratamientos validados por la medicina basada en evidencias	42
V. ¿Cómo se implementa una asesoría?	47
1. Características del asesor o asesora	48
2. El inicio de la relación de asesoría	50
3. La reunión de asesoría: tiempos y participantes	51
4. Frecuencia de asesorías	51
5. Trabajando con los fracasos y los éxitos	51
6. El trabajo con las familias	52
7. Protocolo de decisiones frente a situaciones emergentes o de crisis	53
8. Metodologías de uso frecuente	54
9. Aspectos facilitadores a considerar en la asesoría clínica de los equipos	60
VI. El rol integral e integrador del equipo	63
1. El trabajo con los equipos, una intervención grupal	64
2. Etapas de crecimiento de los grupos	66
3. Funcionamiento del equipo	68
4. Autocuidado del equipo	70



VII.	Contenidos de la asesoría	73
	1. Intervenciones terapéuticas con perspectiva evolutiva	73
	2. Proceso diagnóstico	74
	3. El vínculo terapéutico para un proceso motivador	76
	4. Vulnerabilidad clínica y comorbilidad	79
	5. Aspectos ligados al uso de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes	81
	6. El espacio residencial, un espacio de transición de las funciones parentales	87
	7. Adolescencia, drogas e infracción de ley	89
VIII.	Situaciones específicas	93
	1. Embarazo	93
	2. VIH y otras infecciones de transmisión sexual	96
	3. Relaciones sexuales al interior del centro	99
	4. Identidad sexual y homosexualidad	100
	5. Intento de suicidio	105
IX.	Aspectos éticos ligados a la intervención: ética médica	109
	1. La relación con el paciente	111
	2. Fundamentos éticos y bioéticos	111
	3. Consentimiento informado	117
	4. Comités de ética	118
X.	Lecciones aprendidas desde la práctica en asesoría clínica con equipos que intervienen con adolescentes con consumo perjudicial de alcohol y drogas	119
	1. Situaciones clínicas analizadas	120
	2. Factores de riesgo asociados a los casos de mayor complejidad	121
	3. Acceso a la atención	126
	4. Los planes de tratamiento	127
	Conclusiones	133
	Anexos	137
	Bibliografía	141

Introducción



EL CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE), organismo de Gobierno encargado de formular y coordinar las políticas y estrategias para la reducción de la oferta y la demanda del consumo de drogas en el país, ha planteado como uno de sus objetivos estratégicos: "Rehabilitar y reinserir socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción".

En este marco, desde el año 2001 el Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación de CONACE, viene desarrollando diversas estrategias orientadas al cumplimiento de dicho objetivo: diseño e implementación de programas de tratamiento para población general y específica que presenta consumo problemático de drogas, que cuenta con capacitaciones continuas, elaboración de documentos y material de apoyo para los equipos ejecutores de dichos programas, etc.

A partir de la implementación del *Programa de planes de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas*, Convenio CONACE – FONASA – MINSAL, se evidencia la necesidad de abordar de manera diferenciada y especializada el tratamiento de diversos grupos poblacionales, entre ellos, niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas.

Durante el año 2002 se convocó a una mesa de trabajo constituida por profesionales clínicos con experiencia en el abordaje terapéutico de esta población, ONG con trabajo psicosocial con niños, niñas y adolescentes, y representantes del Ministerio de Salud y del Servicio Nacional de Menores, con el propósito de discutir las principales características y la especificidad del abordaje clínico. De esta mesa resultaron documentos con los fundamentos y orientaciones técnicas del programa específico.

En el año 2004 se realizó un seminario nacional llamado *Capacitación para los equipos que ejecutan programas de tratamiento y rehabilitación de consumo problemático en población de niños, niñas y adolescentes con sus especificidades*, donde se entregaron conceptos teóricos básicos y se presentaron los lineamientos y principales características del naciente programa de tratamiento para esta población. Este seminario también permitió motivar a los diversos equipos para que al año siguiente comenzaran a desarrollar proyectos pilotos que, a su vez, contribuyeron a la definición final del programa.

Desde el inicio de los proyectos pilotos se estableció a nivel nacional una asesoría a los equipos de tratamiento realizada por profesionales expertos, con el claro objeto de facilitar el desarrollo de intervenciones terapéuticas diferenciadas, específicas y especializadas, favorecer el acceso, la adherencia y los resultados de los programas de tratamiento, de manera de mejorar continuamente la calidad de la intervención.

En 2005, en conjunto con el Ministerio de Salud, se elaboraron las *Normas y orientaciones técnico-administrativas para la implementación de planes de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con problemas derivados del consumo de drogas*. Este documento constituye el marco técnico para la puesta en marcha en el curso del año 2006, de planes de tratamiento específicos para esta población.

El proceso de asesoría ha continuado año a año desde el nivel nacional de CONACE y se ha enmarcado en lo planteado por organismos internacionales. La OMS, en su publicación *Abuso de drogas: Tratamiento y Rehabilitación –Guía práctica de planificación y aplicación-*, plantea que lo esencial de un sistema de asesoría o supervisión es proporcionar al equipo que interviene, información sobre los resultados y apoyo adecuado para mejorar la calidad de atención que brinda, hacerlo sentir más satisfecho e impedir que se sienta agobiado.

En este sentido, se entiende que la asesoría es el proceso encaminado a garantizar que el personal o equipo encargado de un centro de tratamiento cumpla sus funciones debidamente, con eficacia y conforme a la competencia básica exigida (OMS, 2003).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) plantea que la asesoría o supervisión de los equipos debe ser realizada a través de la prestación denominada Consultoría en Salud Mental, que corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre los equipos clínicos de salud mental y los equipos correspondientes, en forma de reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes.

El presente documento tiene por objetivo fundamental entregar orientaciones que permitan asesorar a los equipos que desarrollan programas de tratamiento con niños, niñas y adolescentes.

En el entendido de que lo particular de esta asesoría es responder a las necesidades



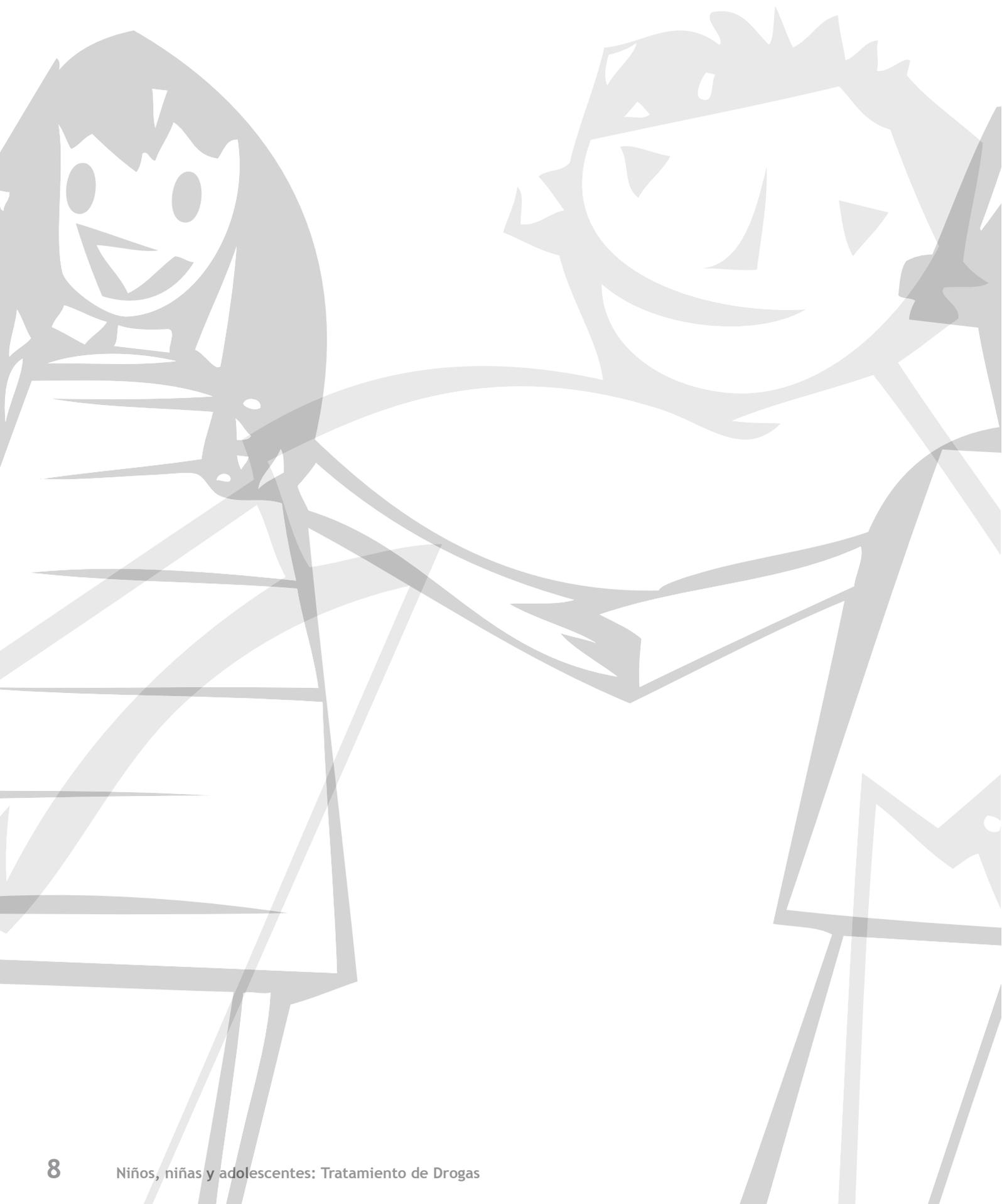
de los programas para población específica, y considerando la complejidad de esta actividad, se ha estimado relevante incorporar en él un cuerpo teórico que permita a los profesionales que ejerzan esta tarea, tener un marco común y una mirada amplia, además de un acercamiento a temas relevantes para la especificidad. Para profundizar en ello, se sugiere la lectura del libro *Drogas: tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes* (CONACE, 2004).

Es importante considerar que la experiencia acumulada muestra que asesorar a equipos de tratamiento en drogas que abordan poblaciones específicas es una actividad que requiere una gran preparación y actualización permanentes; por ello, es necesario estructurar la actividad y el proceso de asesoría en base a una metodología que facilite la efectividad de la misma.

Este documento es un aporte al mejoramiento de la calidad de la atención de programas de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas. Las orientaciones que se entregan se fundamentan en la evidencia clínica acumulada en los años de implementación de los programas, en la revisión bibliográfica y la evidencia comparada, realizada por el equipo asesor del Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación de CONACE.

Se agradece de manera especial al Psiquiatra Infantojuvenil Alejandro Maturana Hurtado, por su fundamental aporte en la elaboración de este documento.





I. Epidemiología del uso de sustancias en adolescentes chilenos

La realidad del uso de drogas en adolescentes chilenos merece preocupación. Según el *Séptimo Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile* (Ministerio del Interior-CONACE, 2006), las prevalencias de último año de consumo de drogas ilícitas para el grupo de 12 a 18 años son 7,8% para marihuana, 0,7% para cocaína y 0,6% para pasta base. En cuanto al consumo de alcohol, la prevalencia de consumo en último mes o consumo actual es de 33,8%. En tabaco, por su parte, los adolescentes registran prevalencias de último mes de 24,9% y una prevalencia diaria de 12,7%.

En cuanto a la tendencia de las prevalencias de último año de consumo de drogas en adolescentes, los datos del mismo estudio indican que el consumo de marihuana varió levemente de 6,5% en 2004 a 7,8% en 2006 (aunque tal diferencia no es estadísticamente significativa). La cocaína y pasta base presentan registros estables en igual período en torno al 0,7% y en su conjunto, la cocaína total (cocaína y/o pasta base) presentaron registros de 1,3% en 2004 y 1,1% en 2006. Por su parte, la tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol aumentó levemente de 31,5% en 2004 a 33,8% en 2006. El consumo de tabaco en términos de prevalencia mes y prevalencia diaria tiende a bajar levemente, con tasas de 25,7% en 2004 y 24,9 en 2006 para consumo actual y de 14,9% en 2004 y 12,7% en 2006 para uso diario.

Otro motivo de preocupación es que en términos de abuso y dependencia a drogas, los adolescentes de 12 a 18 años presentan las tasas más altas después de los jóvenes de 19 a 25 años. Un 18% de los adolescentes presenta signos de abuso de alcohol según indicadores DSM-IV, esto es, 2 de cada 10 prevalentes de último mes. En cuanto a drogas ilícitas y según indicadores CIE-10, un 30% de los adolescentes presentan signos de dependencia

a marihuana y cocaína. En términos de consumo problemático de drogas ilícitas (abuso y/o dependencia), cerca del 40% de los adolescentes prevalentes de último año presentan esta condición, esto es, más de 53 mil personas. De ellos, 1 530 han sentido durante el último año la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento.

Existen grupos poblacionales de adolescentes cuya probabilidad de ser escogidos en estudios poblacionales (de hogares) es baja, pues se encuentran en instancias de protección y de acuerdo a estimaciones del Servicio Nacional de Menores (SENAME), alrededor de un 30% presenta consumo problemático; otros han sido aprehendidos y no imputados, de ellos alrededor del 40% presenta consumo problemático; y de los que han sido aprehendidos, imputados y no han recibido una sanción judicial, alrededor del 50% presenta consumo problemático de alcohol y drogas. El total de estos grupos de adolescentes alcanza a un número de 5 500.

Otro estudio poblacional realizado en nuestro país es el *Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile* (Ministerio del Interior-CONACE, 2005) efectuado sobre alumnos de ambos sexos, de 8° básico a 4° año medio, en el año 2005. Este estudio muestra que tal y como ocurre en el resto de países que realizan investigación sobre uso de drogas, el alcohol es la de mayor consumo entre los escolares chilenos. Le siguen en orden descendente el consumo de marihuana, sustancias inhalables y cocaína. Algo menor es la declaración de consumo de pasta base. La prevalencia de consumo de último mes de alcohol llega al 43,6%, mientras la prevalencia de consumo de último mes de marihuana a 15,2%.

En el estudio de escolares 2005 se señala que el consumo de alcohol entre varones y mujeres se ha equiparado, que la mujeres consumen más tabaco que los hombres y que el uso de marihuana presenta prevalencias año similares en ambos sexos, 16,4% en varones y 14% en mujeres. En el resto de las drogas las tasas de consumo son siempre más altas entre los hombres con relación a las mujeres.

El *Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile* también señala que la tendencia de la prevalencia de último año de consumo de marihuana va en aumento, considerando toda la serie de estudio durante los años 2001, 2003 y 2005 (14,7%, 13,1% y 15,2% respectivamente). El uso de pasta base se mantiene con cierta estabilidad en estos tres estudios, siendo de 2,2% en el año 2001, 2,4% en 2003 y 2,6% en 2005. Con respecto al clorhidrato de cocaína, el consumo medido en estos 3 años son 3,1%, 3% y 2,9%.

El consumo de drogas en jóvenes infractores de ley es un fenómeno que en el último tiempo se ha relevado de manera importante en el contexto de la implementación de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en vigencia desde el 8 de junio del año 2007. Esta ley, en su artículo 7, indica que el juez estará facultado para establecer, como sanción accesoria, el tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol. Además, señala que los centros privativos de libertad deberán contar con acceso a programas de tratamiento cuando el joven lo solicite.



Respecto a la realidad de los y las adolescentes infractores de la ley penal, el estudio realizado el año 2006 por el SENAME en diez regiones del país y que consideró un universo de 4 792 adolescentes, indica que un 70% de los jóvenes que se encuentran en programas para infractores de ley ha consumido alguna droga (marihuana, pasta base o cocaína) en el último año y un 46% en el último mes.

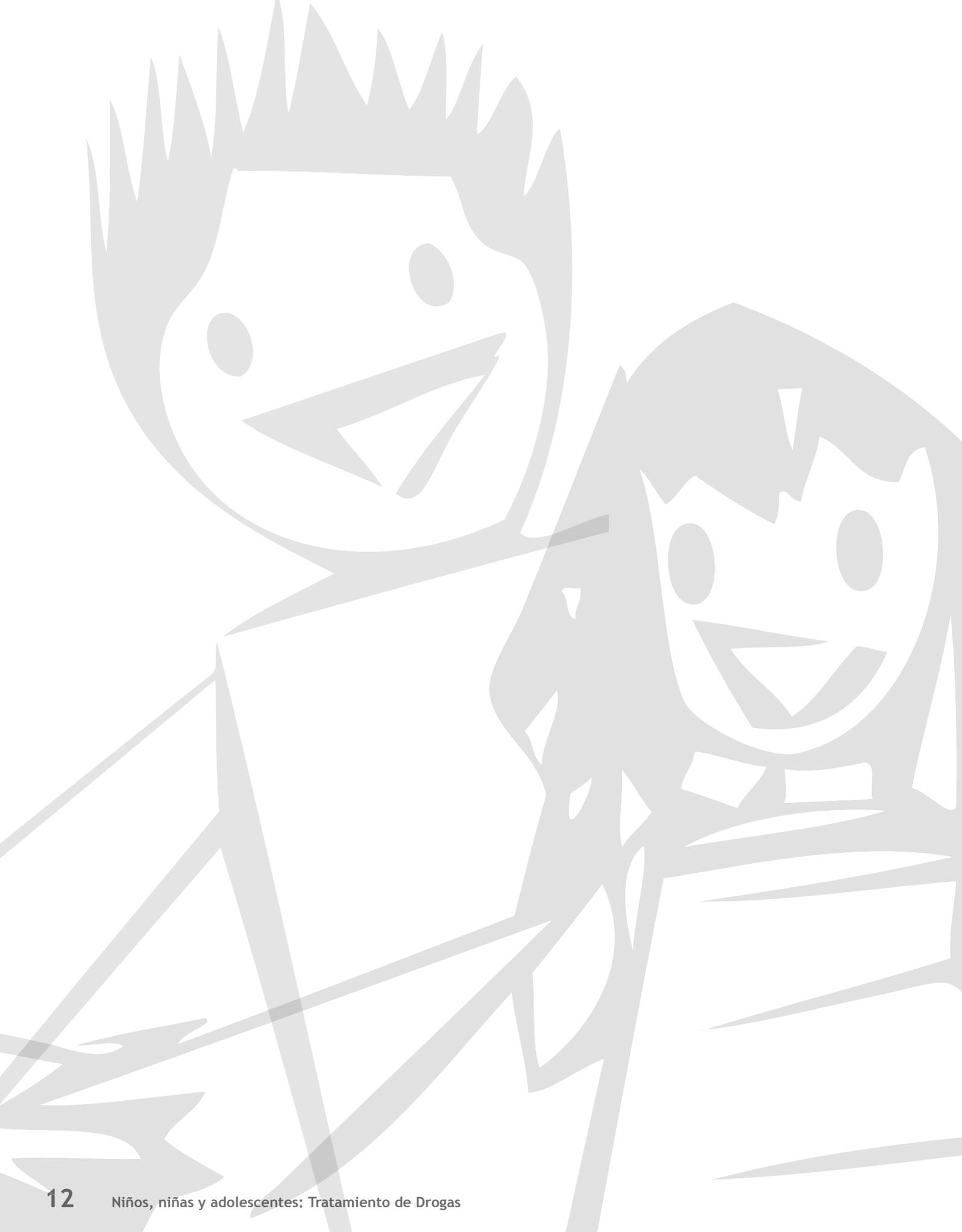
En relación con el abuso de drogas, los antecedentes de este estudio indican que el 66% de los jóvenes que se encuentran privados de libertad son abusadores de drogas, mientras que los que se encuentran en el medio libre representan un 35%.

Este mismo estudio muestra la asociación droga–delito, llegando a concluir lo siguiente:

- Existe un mayor compromiso de abuso de cocaína y/o pasta base en los adolescentes que cometieron delitos de mayor gravedad, como robo con violencia.
- Existe relación entre abuso de droga y reincidencia (medida según número de detenciones o veces que ha ingresado a un programa del DEDEREJ¹).
- Uno de cada tres delitos cometidos por jóvenes puede imputarse causalmente al uso de alcohol y drogas, cifra que puede aumentar en un 42% en el caso de robo con violencia.

1. Departamento de Responsabilidad Juvenil, SENAME.





II.

Principios fundamentales del modelo de intervención comprensivo, evolutivo e integral para población infantoadolescente

- **Enfoque integral**

Se trata de integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones de salud, educativos, psicológicos y sociales del que cada niño, niña o adolescente debe ser parte. Planificar el tratamiento y rehabilitación de forma integral, contando con todos los recursos existentes, enlazándolos y coordinándolos sin disociar funciones artificialmente y manteniendo un enfoque comprensivo en perspectiva evolutiva, promocionando el desarrollo, integración social, procesos educativos, recreativos y la atención de los problemas de consumo de drogas, preventivos, terapéuticos y rehabilitadores. Esto, sin dudas, implica considerar las coordinaciones con los distintos actores.

- **Dimensión evolutiva**

Es indispensable en cualquier nivel de intervención relacionado con el consumo de drogas en adolescentes, considerar las características que surgen de su condición etaria y de ser personas en desarrollo, cuya tarea evolutiva central es la construcción de su identidad. Esta condición tiñe la conducta, emoción y cognición del adolescente, por lo tanto debe ser considerada en la intervención no como una dificultad, sino como un dato de la realidad.

- **Promoción del desarrollo y resiliencia**

Se refiere a la necesidad de que la intervención ponga el acento en las capacidades y potencialidades de la persona, más que en perturbaciones, carencias y déficits. Por eso mismo, las experiencias de logro serán consideradas como centrales en la metodología de trabajo con población infantoadolescente.

- **Individuación en la intervención**

Se refiere a trabajar la dimensión personal - individual del sujeto, facilitando y potenciando la autonomía futura. Las intervenciones han de ser adaptadas a las características, necesidades e intereses de cada persona, ayudándola a desarrollar sus capacidades y aptitudes.

- **Perspectiva de género**

Hace referencia a considerar en la metodología de trabajo intervenciones específicas para ambos sexos, ya que hombres y mujeres presentan comportamientos diferentes frente a similares situaciones, entre ellas el abuso de drogas, las conductas de riesgo y consecuencias asociadas a éste.

- **El vínculo terapéutico para un proceso motivador**

Debido a las características psicológicas y sociales de los niños, niñas y adolescentes es fundamental contar con la presencia de una figura vincular significativa que los acompañe durante el proceso de intervención. Cuando el adolescente tiene una familia o figuras vinculares en quienes apoyarse, serán ellas las que se involucren en el acompañamiento afectivo respectivo; pero cuando se trate de individuos que han perdido todo vínculo familiar o afectivo, se requerirá del equipo psicosocial que acompaña al usuario, surgiendo de este modo la figura del “tutor resiliente”.

El mismo equipo de tratamiento debe buscar el establecimiento y mantención de un vínculo sano que, en esencia, esté constituido por un lazo de confianza y compromiso, que para el niño, niña o adolescente se convierta en una experiencia de autovalía y autoconfianza, y una fuente de motivación para el cambio. Es el vínculo terapéutico el que permitirá ordenar y regular las funciones afectivas fundamentales en el desarrollo humano: seguridad emocional, autoestima y valoración personal, ternura, intimidad, comunicación, sentirse aceptados y aceptadas, entre otros.



- **Acompañamiento permanente**

Se refiere a que las distintas intervenciones serán acompañadas por un “encargado” o “manejador de caso” que forma parte del equipo clínico y por la figura vincular significativa del sujeto, o bien por el tutor resiliente. Este último debe surgir desde el equipo psicosocial que se encuentra interviniendo. Además, este concepto hace alusión a la relevancia, aunque no se encuentre la motivación para iniciar un tratamiento, de realizar acciones tendientes a motivar al adolescente, acciones de prevención y de gestión de riesgos.

- **Continuidad terapéutica**

Se refiere a que los equipos y las distintas modalidades de intervención en drogas deben asegurar que los niños, niñas y adolescentes vivencien el tratamiento y rehabilitación como parte de un único itinerario o proceso, un todo homogéneo, aunque en él coexistan diferentes equipos.

El transitar de un dispositivo de menor a uno de mayor contención y viceversa no debe ser traumático para las personas, por lo tanto, se debe procurar una continuidad y coherencia terapéutica en las intervenciones que se realicen con el usuario de un centro a otro, lo que implica un fuerte trabajo en red entre los equipos que atienden esta población, generando criterios comunes y compartiendo sus programas. Un momento crítico de la continuidad terapéutica es el momento del paso de un equipo a otro, para lo que es necesario una “derivación asistida” de acuerdo a las necesidades del adolescente.

- **Actitud proactiva y precocidad de la intervención**

La población infantoadolescente no concurre a las convocatorias poblacionales o a los llamados a inscribirse a un determinado programa, por lo que resulta indispensable buscarlos de manera activa, para lo cual habrá que utilizar todos los medios disponibles y, al mismo tiempo, iniciar el proceso de vínculo, al entregarles la certeza de ser personas que tienen importancia y cuyo destino cobra significado para otros.

En esta búsqueda activa son muy relevantes las alianzas estratégicas con los equipos de salud general infantojuvenil y los centros educacionales, entre otros.

- **Enfoque de reparación**

Muchos de los niños, niñas y adolescentes involucrados en la problemática del consumo abusivo de drogas, pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad social, ya que se



trata de personas cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos que se traducen en historias de ruptura de lazos familiares, dificultades en la crianza, carencias de todo tipo, daños psicosociales, detención del proceso educativo formal y socialización en un mundo donde la droga cumple una función importante en lo trasgresor y marginal. Esta vulneración de derechos y ausencia de oportunidades afectaría distintas áreas de su desarrollo y es ahí donde se debe ubicar este enfoque e intervención. La resignificación de las experiencias vividas que vulneran sus derechos, contribuirá a superar los daños emocionales, así como también las conductas abusivas y/o adictivas.

- **Incorporación de la familia**

De acuerdo a las características evolutivas y etapas de desarrollo de la niñez y la adolescencia, la familia cumple un rol fundamental en la socialización, desarrollo y consolidación de la identidad de los adolescentes, por lo tanto, resulta imprescindible incluirla en el proceso terapéutico, no sólo como acompañante, sino como actor fundamental de intervención. Cuando no sea posible incluirla en el tratamiento debido a la vulnerabilidad social y situaciones crónicas de riesgo y/o maltrato severo en las que se puede encontrar el usuario, la intervención deberá orientarse a rescatar y/o vincular a nuevas figuras adultas significativas que lo apoyen en el proceso de rehabilitación y que aporten en el trabajo de reparación general y vincular cuando corresponda.

- **Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad**

Se debe asegurar la participación de varias disciplinas y además, tener un enfoque interdisciplinario en la composición y funcionamiento de los equipos de atención, que basarán su trabajo en la cooperación de sus miembros, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades del individuo. Es la combinación y complementariedad de todas las figuras profesionales y técnicas que trabajan en los equipos, lo que permite ofrecer un programa terapéutico integral basado en el concepto de ayuda y orientado al pleno desarrollo emocional y social de los niños, niñas y adolescentes.

- **Intersectorialidad y trabajo en red**

Se plantea el desarrollo y/o generación de estrategias de rearticulación y fortalecimiento de vínculos entre los niños, niñas y adolescentes con las instituciones sociales básicas (familia, escuela, trabajo) y otras redes sociales, con seguimientos y coordinación específicos de tales procesos. La presencia de una **red asistencial**, que permitirá a los diversos equipos apoyarse y complementarse en la intervención para cada individuo en particular, confor-



mada por los distintos equipos clínicos, consultorios e instituciones de atención primaria, secundaria, servicios de urgencia, centros de especialidad, equipos especializados, etc. Y la **red psicosocial**, que es de especial importancia en población en vulnerabilidad social; esta se convertirá en un soporte de red y articulación local que permita ofrecer las alternativas de educación, vivienda, alimentación, entre otros, necesarias para la integración social de los usuarios con mayor vulneración de derechos y ausencia de oportunidades.

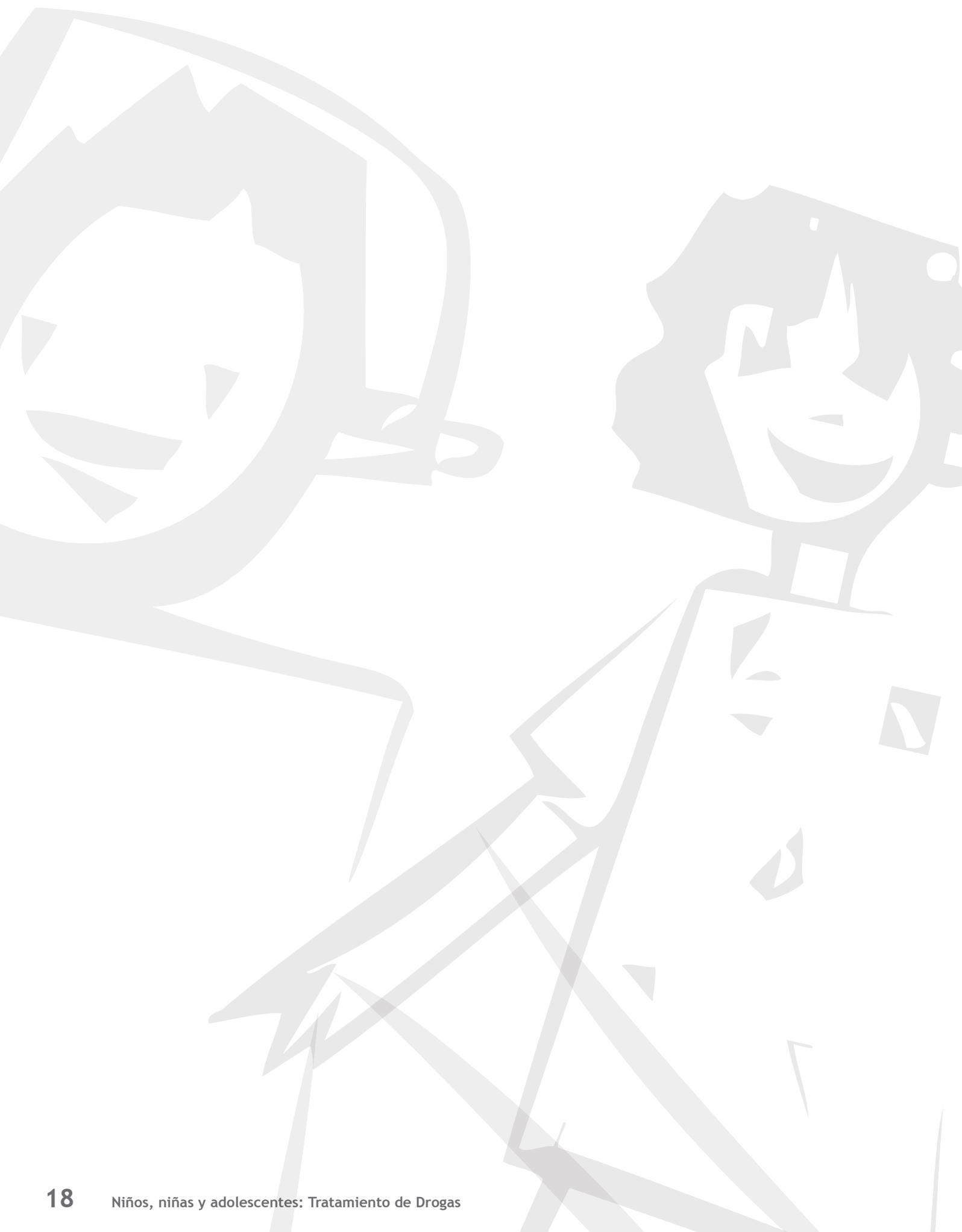
- **Responsabilización**

La respuesta institucional a los delitos cometidos por adolescentes se construye a partir de una estructura de garantías que sanciona pero que procura integrarlo, en lugar de reforzar su marginación. De esta manera, las sanciones tienen una doble dimensión, responsabilizadora y preventiva, en un marco de respeto y resguardo de su desarrollo e integración social. Es un modelo penal sancionador – educador, que separa las funciones asistenciales del Estado de las actividades jurisdiccionales. El concepto de responsabilidad alude a tres situaciones distintas. En primer lugar, se trata de la atribución de responsabilidad penal al joven infractor por la vía de una sanción. En segundo término, se procura que este joven asuma la responsabilidad por la infracción cometida (efecto “educativo” de la sanción) y, finalmente, se propende a que el sujeto respete los valores, normas y roles convencionales, de manera de facilitar su integración social.

- **Autocuidado del equipo**

Se debe asegurar que el programa contenga lineamientos que promuevan instancias de reflexión personal sobre los propios valores, creencias y conductas, supervisión clínica de casos, contención emocional del equipo, revisión de dinámicas relacionales, de poder o autoridad en el equipo, revisión desde lo vivencial en el abordaje de casos, etc. En este sentido, son fundamentales conceptos como *burnout* (Thommasen y cols., 1997), «fatiga de compasión» (Figley, 1993), «desgaste de empatía» (Cazabat, 2000), nos muestran la importancia de prevenir, intervenir y promover el bienestar de todos los miembros del equipo. Esto se asocia a sus experiencias personales, pero también a las características de la práctica profesional y del ambiente laboral. Tanto para los individuos como para los equipos, el trabajo eficiente y eficaz es aquel en que existen instancias de reflexión acerca de la propia realidad, en donde las estrategias de promoción del autocuidado deben ser intensas, continuas y diversificadas.





III.

Marcos referenciales

1. Ciclo vital y desarrollo del adolescente

Desde el nacimiento hasta la muerte, como una flecha evolutiva, el ciclo vital es una consideración esencial para una comprensión más completa de las complejidades de la conducta humana, y es especialmente útil para predecir las dificultades que se plantean en el curso del desarrollo del hombre.

Existen diversos modelos de comprensión del ciclo vital humano, que se caracterizan por presentar supuestos subyacentes más o menos comunes. El primero plantea que el desarrollo tiene lugar en etapas sucesivas y claramente definidas. La secuencia se considera invariable, es decir, se produce en orden constante. El segundo supuesto, que correspondería al principio epigenético propuesto por E. Erikson, afirma que cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones; en caso contrario, las etapas posteriores reflejarán esta falla, ya sea en forma de desadaptaciones físicas, cognitivas, emocionales y/o sociales. Un tercer planteamiento propone que cada fase contiene un rasgo dominante, un complejo de rasgos o punto crítico que la distingue de las fases anteriores o posteriores.

A la vista de los diversos modelos de conceptualización de las fases del ciclo vital, ha sido habitual organizar los períodos del desarrollo de una forma que represente o integre las contribuciones de cada uno de los principales modelos y estudios. Para comprender el desarrollo de la adolescencia es necesario conocer y comprender las etapas previas del desarrollo: período de recién nacido, período del preescolar, período del escolar, las cuales, al no resolverse adecuadamente, incidirán en una construcción defectuosa del período adolescente.

2. El adolescente: sujeto y objeto de un proceso

En la adolescencia el sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. En esta etapa evolutiva el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, si no fijados, al menos orientados, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que lo llevará a tratar de independizarse de sus padres y a buscar su propia identidad.

Desde una perspectiva individual, debemos recordar que la pubertad se manifiesta por profundas modificaciones fisiológicas que evidentemente tienen importantes repercusiones psicológicas y/o sociales, tanto a nivel de la realidad concreta como a nivel de lo imaginario y lo simbólico.

El cuerpo se transforma a un ritmo variable, pero de forma global, enfrentándose el sujeto a una serie de modificaciones corporales que le cuesta integrar y que sobrevienen a un ritmo rápido. Vestido, o a veces disfrazado, el cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de sus conflictos y de sus formas de relación.

En el ámbito neurobiológico, se sabe desde hace mucho tiempo, que las funciones integrativas superiores están contenidas dentro de la corteza cerebral. La mente humana depende en parte del encéfalo, el cual se desarrolla en secuencia evolutiva para varias estructuras y funciones biológicas.

En el período fetal el desarrollo del encéfalo se realiza en dirección céfalo-caudal. Así, en el momento del nacimiento, las distintas estructuras que lo forman tienen diferentes niveles de desarrollo. La densidad de las sinapsis (uniones neuronales) cortical, al parecer aumenta durante la lactancia, alcanzando su máximo, un 50% más que la media del adulto, entre el año y los dos años; después disminuye hasta los 16 años, época en que permanece relativamente constante, hasta los 75 años.

Este fenómeno, quizás ayude a explicar por qué el encéfalo inmaduro se recupera más completamente de una lesión que cuando ya está bien desarrollado. El evidente aumento de sinapsis explica, asimismo, la plasticidad del niño en desarrollo.

Entre las áreas primarias, la motora es la parte más desarrollada de la corteza cerebral durante los dos primeros años de vida. Más tarde, el desarrollo se extiende a cada una de las áreas primarias (sensitivas, visuales y auditivas). A los dos años de edad el área primaria sensitiva se pone a la par con el área motora. Este proceso cerebral continúa desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia y, posiblemente, ya entrada la edad adulta.

El proceso de mielinización, que se correlaciona con la maduración del sistema nervioso y corresponde al fenómeno por el cual algunas fibras nerviosas adquieren durante su



desarrollo mielina (sustancia que recubre el eje de las fibras nerviosas aumentando la velocidad de transmisión del impulso nervioso), continúa a lo largo de la infancia y de la adolescencia. La mielinización se correlaciona con varias conductas; por ejemplo, un retardo en este proceso explica el hecho de que la sonrisa en los prematuros aparezca diez meses después del momento en que es observada en lactantes normales de la misma edad postnatal.

El control neuroendocrino pasa por una secuencia evolutiva similar a la de la mielinización. Así, el eje hipotálamo - hipofisario gonadotropina-gonadal (involucrado en la liberación de hormonas, neurotransmisores, etc.), parece empezar a funcionar durante la vida fetal y en los primeros años de la lactancia. En las etapas preescolar y escolar, su actividad llega a un nivel bajo. Por último, vuelve a activarse en la pubertad. Este eje se activa bajo condiciones de estrés, aumentando en algún lugar del circuito los niveles de cortisol, que es una hormona fundamental en la activación defensiva del cuerpo contra el estrés, bajo condiciones de intensa acumulación de angustia, rabia y depresión.

Con la pubertad se da inicio a la adolescencia, etapa en la cual existen cambios en el ámbito neurobiológico. La evidencia de estas importantes y profundas transformaciones, tanto organizacionales como funcionales, se produce principalmente a nivel de los lóbulos frontales. Las áreas del lóbulo frontal juegan un rol crítico en una variedad de procesos, incluyendo la planificación y toma de decisiones, el control impulsivo, los movimientos voluntarios, la memoria y una variedad de otras funciones. La sustancia gris del lóbulo frontal alcanza su punto más alto de desarrollo entre los 11 y 12 años, y desde allí decrece durante la adolescencia. Este descenso en la sustancia gris, probablemente refleja dos procesos separados: la disminución del número de sinapsis entre neuronas en el lóbulo frontal y la disminución del proceso de mielinización en los lóbulos frontales. Mientras estos cambios organizacionales se llevan a cabo, existen cambios concomitantes en la actividad de esta zona.

Aunque la totalidad de la energía utilizada en los lóbulos frontales disminuye durante esta etapa, estudios de resonancia nuclear magnética funcional, sugieren que la actividad que ocurre en los lóbulos frontales en la ejecución de ciertas tareas, aumenta.

Se sugieren otros cambios cerebrales en el período adolescente: el cuerpo caloso aumenta su tamaño, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos parietales (involucrados en el procesamiento de la información sensorial, entre otras funciones) alcanza su mayor desarrollo alrededor de los 11 años y disminuye hacia la adolescencia; el volumen de la sustancia gris de los lóbulos occipitales (involucrados en el procesamiento de la información visual) se incrementa durante la adolescencia hasta el inicio de los 20 años, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos temporales (críticamente involucrado en la formación de la memoria, así como en el procesamiento visual y auditivo) no alcanza su máximo desarrollo sino hasta los 16-17 años. Además de los cambios que ocurren en la neocorteza, aparece una variedad de transformaciones en las estructuras subcorticales.



En ratas, estudios de Teicher y cols. en 1995 y posteriormente de Spears en el año 2000, mostraron que los niveles de receptores de dopamina en el núcleo accumbens (estructura que forma parte del circuito de recompensa), aumentan dramáticamente entre los días 25 a 40, una edad que cae justamente en la ventana del desarrollo referida como la adolescencia en el roedor.

De este modo, aunque no está aún claro lo que estos cambios significan, lo que parece que está ocurriendo durante la adolescencia es que los lóbulos frontales y las otras estructuras señaladas, se hacen cada vez más eficientes en relación con las ejecuciones de la vida adulta. Se plantea, probablemente, que esta especialización del cerebro adolescente, al menos en parte mediada por la experiencia, pueda tener la posibilidad de alterarse en su desarrollo normal con el uso y/o abuso de drogas en este período. Por ejemplo, con respecto al circuito de recompensa (que integra al núcleo accumbens), dado que los receptores de dopamina en dicho núcleo juegan un rol crucial en las propiedades de recompensa (producción de placer) de las drogas, estos cambios podrían tener importantes implicaciones por los incrementos en el uso de sustancias que, a menudo, ocurre en la adolescencia.

A estas modificaciones anatomofisiológicas se une el movimiento intrapsíquico, proceso ligado a la experiencia de separación de las personas, influyentes en la infancia, a un cambio en las formas de relación y en los proyectos elaborados en común; este movimiento puede compararse al de un trabajo de duelo, que puede re-editar pérdidas y/o separaciones en períodos previos o de la pequeña infancia.

En relación con los conflictos previamente evocados, el adolescente debe crear o recurrir a ciertas defensas o medidas defensivas y a procesos adaptativos. La elección de objetos va mostrando mayor variación individual. Los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos. Aparecen jerarquizaciones de las funciones del yo, lo que hace que sobresalgan diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son probados experimentalmente en el uso y mantenimiento de la autoestima.

La cualidad narcisista de la personalidad adolescente, que es bien conocida, va adquiriendo una gran importancia con el tiempo. El retiro de la energía, que en un primer momento se dirigía a la figura vincularmente significativa -generalmente los padres- lleva a una sobrevaloración del individuo, una sensibilidad extraordinaria, un aumento de la percepción de sí mismo y de la realidad. Este aumento del narcisismo se explica porque en la medida que se aleja de las figuras parentales de la infancia, se siente desprotegido y, por lo mismo, frágil; y es de estas vivencias que se defiende con los sentimientos de grandeza y superioridad. El desarrollo, y más tarde el establecimiento del narcisismo adulto, es considerado como necesario en la adolescencia. El adolescente debe escoger nuevos objetos, pero también debe escogerse a sí mismo como objeto de interés, de respeto y de estima. De allí la importancia que los autores dan a las fallas del narcisismo como elemento central en

las distintas dificultades psicológicas de los adolescentes. La forma en que ciertos jóvenes maltratan su cuerpo es un signo, entre otros, de sus dificultades narcisistas.

Para poder separarse de los padres reales y de sus representaciones en el mundo interno, el adolescente usa predominantemente la desvalorización, indicándolos como portadores de características negativas (que pueden ser reales o no), características extensibles a figuras sustitutas (profesores, tutores, etc.).

Al retirar la energía mental de los padres, ésta queda libre y puede seguir dos caminos. El más frecuente es depositarla en personas o intereses del mundo externo, lo que explica la gran facilidad para establecer relaciones intensas y transitorias con personas o actividades, generalmente ideológicas, artísticas o deportivas. El otro camino para la energía mental que ha quedado flotando es volverla hacia el mundo interno, lo que se expresa en grandes retracciones del mundo real que los hace ser ensimismados, casi autistas; cuando el yo logra defenderse de este peligro, lo hace con una verdadera hambre de objetos, por lo tanto son personas que están la mayor parte de las veces fuera del hogar, en una búsqueda y experimentación constantes de nuevas vivencias y contactos afectivos.

Otro elemento a considerar en el sujeto adolescente, es la gran importancia que adquieren los órganos de los sentidos, lo que permite una percepción hiperaguda de la realidad, con especiales características. Tal vez esto ayude al yo a aferrarse al mundo de los objetos que está en constante riesgo de perder: la naturaleza, las manifestaciones artísticas, se descubren en toda su belleza y experimentan en relación con ellas, estados emocionales exaltados. También se pueden observar sentimientos de exaltación del yo en los estados autoprovocados de dolor, esfuerzo y agotamiento físico que son típicos de los adolescentes. Aquí aparece la importancia del yo corporal, que les permite mantener la identidad, cuando el "yo psicológico" está envuelto en tantas vicisitudes.

Es necesario reiterar las tensiones instintivas durante toda la adolescencia, ya que se sabe que el aumento de tensión en el aparato mental genera angustia. Para evitarla, el adolescente descarga parcialmente estas tensiones al exterior, vía expresión motora, especialmente a través del deporte o el baile. También son parcialmente descargadas hacia el interior del cuerpo y son la causa de las frecuentes dolencias físicas. La oscilación entre las formas en que el yo y las pulsiones instintivas llegan a un entendimiento, es la regla. Si predomina el yo y aparece la moderación, el idealismo o incluso el repudio a los instintos, recibirá mucho reconocimiento del ambiente; al contrario, si los impulsos instintivos llevan las de ganar, se producirán conflictos con el entorno social.



3. El proceso adolescente y sus características evolutivas

Como consecuencias de estos importantes cambios y adquisición de capacidades, el concepto que tiene el adolescente de sí mismo y su relación con el mundo cambia, generando tensiones y preocupaciones que muchas veces lo llevan a manifestar conductas desadaptativas o incomprensibles para los adultos. En este sentido, se puede decir que la adolescencia es potencialmente crítica, sin embargo el grado en que estos cambios afectan la vida personal y social del joven dependen de las habilidades y experiencias ya adquiridas en la infancia y de las actitudes de quienes lo rodean en ese momento.

Por lo tanto, la adolescencia debe considerarse dentro del continuo de la vida total del individuo y tomando en cuenta el papel que la cultura juega en la determinación de las características de este período.

Es importante destacar tres aspectos de este proceso evolutivo:

- Además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante, en un marco social e histórico concreto. "... En este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de las cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras, y otras problemáticas".
- Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva, en un contexto de espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.
- Los adolescentes expresan sus conflictos normalmente en términos sociales. Es decir, la vivencia individual de conflicto suele normalmente expresarse de un modo social.

Este proceso tiene algunas características que lo hacen un período de especial vulnerabilidad. Según Arbex (2002), las más relevantes serían:

Necesidad de reafirmación: la formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, existiendo por lo tanto, una tendencia a preocuparse en exceso por su imagen y a cómo son percibidos por los demás. Sin duda, muchas de las conductas en las cuales el adolescente se involucrará estarán asociadas a esta imagen. Ellos necesitan reafirmar su identidad y para hacerlo han de compartir ritos específicos. Existirían "ritos" en la actualidad, como los relacionados a los propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo de alcohol y otras drogas utilizadas como objetos/sustancias iniciáticas generadoras de vínculos sociales.



Necesidad de transgresión: a los adolescentes actuales no se les ha dejado el espacio para la transgresión. Los padres de los adolescentes de hoy, a fuerza de querer ser liberales, han perdido la capacidad de indignación con sus hijos quedándose éstos, sin muñeco contra el que tirar sus dardos. “Se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de los valores... y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta”. De este modo, parece ser que el espacio de transgresión para los adolescentes se reduce a ciertos temas como por ejemplo, las relaciones sexuales o el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus espacios de tiempo libre. Contravienen el orden social establecido, viviendo cada acto (o paso al acto) como una provocación frente al mundo adulto y sus normas.

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

Desde el punto de vista psicológico o intrapsíquico individual, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el *ideal del yo*, constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser. El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental, sirviendo como refugio del mundo adulto en el que pueden explorarse una gran cantidad de papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de iguales.

Por otra parte, este grupo de iguales puede constituir un factor de riesgo importantísimo en esta etapa, representando una caja de resonancia o un amplificador potentísimo de conductas inadecuadas, siendo muy difícil para el joven resistir la presión. Sin embargo, conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo, viene modulada en gran medida por los recursos personales del menor, tales como la autoestima, asertividad, habilidades sociales, etc.

En relación con el grupo de pares varones, el riesgo principal se vincula con los tipos de comportamiento y socialización fomentados por él. Ésta es la instancia en donde los chicos “prueban y ensayan los papeles de macho” y es este mismo grupo que hace vida en la calle, el que juzga qué actos y comportamientos pueden considerarse “viriles”. Sin embargo, las versiones de virilidad que a veces fomentan puede ser homofóbica, cruel en sus actitudes hacia las mujeres y apoyar la violencia como forma de demostrar la propia hombría y resolver los conflictos.



Sensación de invulnerabilidad: existen tres condiciones que se incrementan a esta edad: el egocentrismo, la omnipotencia y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia. Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente ni sería capaz de entenderlas. Se sienten envueltos en una “coraza” personal que les protege mágicamente de todos los peligros. Pletóricos de salud y vitalidad, no tienen en consideración las advertencias en torno a conductas de riesgo. Por lo tanto, la conclusión más frecuente que ellos hacen frente a los mensajes atemorizantes y a la vez atemorizados del mundo adulto es: “yo controlo”.

El rechazo a la vida del adulto: la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentar conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. En este punto es necesario tener en cuenta la socialización de género, sobre todo en los varones en quienes los comportamientos están poco orientados a acercarse a los adultos y a pedir ayuda. En Alemania, los estudios de muchachos de 14 a 16 años pusieron de manifiesto que en épocas de conflicto, el 36% prefería estar solo y el 11% decía que no necesitaba consuelo; el 50% de los chicos recurría a su madre y menos del 2%, a su padre.

Susceptibilidad frente a las presiones del entorno: los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas, como por ejemplo el alcohol, con una determinada imagen. “Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas... pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias”.

Para Carmen Arbex, en el logro del entendimiento global de esta etapa es fundamental plantearse la siguiente pregunta: ***¿cuáles son las características socioculturales de nuestra sociedad actual, en la que se están socializando los adolescentes?***

Para dar una respuesta es necesario considerar algunos valores y actitudes vitales que están definiendo, según numerosas investigaciones, a cierta parte de la adolescencia y que podrían ser posibles explicaciones de los comportamientos descontrolados en algunas ocasiones, sobre todo en ratos de tiempo libre.

Tendencia al hedonismo y el bajo nivel de tolerancia a la frustración: una de las características de la sociedad posmoderna es su temor al aburrimiento. Actualmente, los adolescentes tienden a reproducir un modelo cultural ligado al placer permanente. Esto adquiere sentido en las palabras de J. A. Marina (2000): “La diversión en nuestro mundo se ha convertido no sólo en una necesidad individual, sino también en una necesidad social. El no divertirse implica una carencia personal con la consiguiente pérdida de la autoestima. El hedonismo se hace cada vez más persistente, poniéndose en manos de la pura experiencia de la diversión, un estado de ánimo que les abstrae del mundo real y de sus complicaciones”.

La facilidad para aburrirse y la incapacidad de soportar el aburrimiento caracterizan a ciertas personalidades de adolescentes que buscan compulsivamente excitación y placer inmediato. Esta característica personal puesta en un contexto facilitador de lo hedónico, está a la base de numerosas primeras experiencias, entre ellas el consumo de drogas. La recompensa inmediata sin anteponer un esfuerzo proporcional y recíproco, se potencia en una sociedad con baja tolerancia a la frustración, de ahí la búsqueda compulsiva, apresurada e inmediata de la satisfacción y la diversión durante los fines de semana.

J. A. Marina (2001) nos plantea que: “La susceptibilidad al aburrimiento y la incapacidad de soportar la monotonía, junto a la sed de experiencias, unido a una impulsividad creciente muy extendida en los jóvenes actuales conduce a que muchos de ellos se conviertan en buscadores de emociones que ansían la estimulación continua y la desinhibición, cobijándose para ello en largos periplos nocturnos “de marcha”, unido a unos ritos en los cuales el alcohol y el consumo de todo tipo de drogas recreativas son una manera fácil de conseguir todo esto que se busca”.

Perspectivas de futuro negativas: la incertidumbre y la falta de horizontes claros, hacen que este proceso que debe culminar en la construcción de un plan de vida que tenga coherencia y sentido, sea visto amenazante, con altos montos de angustia y un elevado escepticismo. Esto plantea la utilización de recursos alternativos que prometen “felicidad” a corto plazo, seguridad y olvido momentáneo de los problemas.

El presentismo: una sociedad que plantea el vivir el aquí y el ahora, hace que muchos individuos insertos en ella sean marcados por este modo de funcionamiento. A los jóvenes, el futuro se les presenta incierto y no sintiéndose motivados por los estudios y ante un panorama laboral poco optimista, optan por vivir el día.

La transformación química de los estados del ánimo: desde el modelo adulto, los menores han interiorizado que el estado de ánimo o la activación vital pueden modularse mediante sustancias de todo tipo. Es importante pensar cómo en el imaginario colectivo se encuentran presentes a cada momento campañas publicitarias que exhortan... “no puedes perder este buen momento”, refiriéndose a un antiyaquecoso, o “Guatón, tómate un Armony!” -a modo de controlar la irritabilidad que generan ciertas situaciones-. Pastillas para dormir, pastillas para no hacerlo, para relajarse, para aumentar el apetito o bien para disminuirlo, son situaciones de la cotidianidad que van formando parte de un hábito individual, familiar y/o social.

En relación con este tópico, Laespada y Pallares (2001) plantean: “Se potencia continuamente el sentir, el placer, el bienestar... y los sujetos se vuelven cada vez más incapaces de soportar el más mínimo malestar, sufrimiento... Los adolescentes socializados en esta cultura (la generación mimada), se hallan inmersos en la búsqueda de la satisfacción y el placer inmediato, de la emoción, de aquello que estimule sus sentidos, y se encuentran excesivamente sometidos a las incitaciones del medioambiente”.



Entre los adolescentes de Estados Unidos con pocos ingresos, las chicas aprenden más a menudo cómo abordar el dolor y las emociones –y socialmente se les permite hacerlo– producidos por las frustraciones de vivir con escasos recursos y en un entorno violento; no así los muchachos. De esta manera, los adolescentes hombres están en desventaja si tienen menos oportunidades y se sienten reprimidos para expresar emociones asociadas a circunstancias adversas y acontecimientos estresantes de la vida.

El individualismo y la desintegración social, junto a ciertos problemas de integración social en poblaciones específicas de adolescentes, son puntos a considerar del contexto social, y que se encuentran cada vez más presentes y similares, sobre todo en poblaciones desventajadas.

4. Los trastornos por uso de sustancias en los adolescentes

La aproximación a la intervención en adolescentes parte de la base de reconocer que el ser humano transita por diversas etapas de un ciclo vital, claramente definidas, en las que se desarrollan diversos aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Por lo tanto, dentro de este proceso los adolescentes tienen necesidades y demandas específicas en diversos ámbitos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea un marco para el cuidado de la salud en este grupo de la población, que considera fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural.

De acuerdo a lo señalado, el consumo de alcohol y otras drogas tiene una significación y características específicas en la adolescencia, diferentes al consumo en la etapa adulta. Por lo tanto, se hace necesario conocerlas apropiadamente antes de intervenir en clínica o en políticas públicas.

Algunas de estas características específicas del adolescente son las siguientes:

- ***El patrón de uso y dependencia a sustancias es distinto entre adolescentes y adultos***

La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias (Compton et al. 2005). Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos. Su uso en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente los padres) y sus pares (Clark, 2004).

Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia (Clark, 2004; Winters, 1999). Más aún, el síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes entre adolescentes y adultos. Estudios que investigan el abuso y la dependencia a alcohol en grandes muestras de población general adolescente (Fulkerson et al., 1999; Harrison et al., 1998) han evidenciado que: el síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etario; la tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia; los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en los adultos dependientes al alcohol; el abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes.

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

- ***Problemas derivados del consumo***

Si bien puede existir un compromiso del estado general de salud, los adolescentes abusadores y dependientes presentan menor acumulación de problemas médicos que los adultos portadores del mismo diagnóstico (Clark, 2004; Mack and Frances, 2003). Este hecho, al igual que la ausencia de otros problemas graves fácilmente identificables y que son típicos de los adultos dependientes (cesantía, separación conyugal, pérdidas económicas, etc.) podría incidir en una menor motivación al cambio por parte de los jóvenes. En otras palabras, por estar en los comienzos del proceso adictivo, los adolescentes tienden a ver más las ventajas que las desventajas del consumo (Monti et al., 2001).

No obstante lo anterior, el consumo perjudicial o la dependencia en adolescentes pueden afectar el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona (Monti et al., 2001).



5. Definición de consumo perjudicial y síndrome de dependencia

Esta Guía se aplica a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a la Clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (F10- F19). Se exceptúan de esta Guía los trastornos debidos al consumo de cafeína (F15) y tabaco (F17). La CIE 10 incluye en estos trastornos, tanto el consumo perjudicial como el síndrome de dependencia.

Consumo Perjudicial: forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daños a la salud, el que puede ser físico (ej.: hepatitis) o mental (ej.: trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un período de un año.

Dependencia: conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Para establecer el diagnóstico de dependencia es necesario que hayan estado presentes simultáneamente tres o más de los siguientes criterios (persistentes durante al menos un mes o en forma repetida en un período de 12 meses):

- a) Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- b) Dificultades para controlar su consumo, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- c) Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- d) Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtenerla o tomarla, o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias perjudiciales.

IV.

Intervenciones terapéuticas específicas

1. Intervenciones clínicas

1.1. *Entrevista motivacional*

La entrevista motivacional (EM) es una forma de intervención psicosocial breve, destinada a ayudar a las personas a modificar hábitos. Se debe utilizar en todos los adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia.

El fundamento teórico de la EM asume que la persona se encuentra en ambivalencia respecto de su decisión de cambio, por lo que el profesional implementa un estilo empático, desarrolla las discrepancias de una forma no confrontacional y estimula la auto-eficacia del paciente. La EM se desarrolla a lo largo de una o muy pocas sesiones, pero tiene tendencia al deterioro de su efecto a través del tiempo, cuando se implementa como intervención única en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia.

1.2. *Consejería*

Consiste en una intervención psicoterapéutica que ofrece apoyo y orientación al paciente para mantenerse en abstinencia y ayuda en resolución de problemas concretos. El consejero y el paciente se centran en el presente, con un énfasis en la obtención de metas a corto plazo. Se debe utilizar en todos los planes de tratamiento (Woody, 2003).



1.3 *Psicoterapia individual*

Las siguientes formas de psicoterapia se pueden utilizar con adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia:

- **La psicoterapia expresiva/de apoyo** es una forma de psicoterapia psicoanalítica de tiempo limitado en la cual se implementan técnicas de apoyo, a la vez que técnicas exploratorias que permiten al paciente trabajar en torno a problemas que afectan sus relaciones con otros y con la sustancia.

- **La psicoterapia interpersonal** es una forma de psicoterapia que se basa en la elaboración de las relaciones interpersonales del paciente, con particular consideración a cómo éstas van evolucionando a lo largo del ciclo vital.

1.4. *Terapia cognitivo-conductual*

El fundamento teórico de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se basa en las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje social) y la psicología cognitiva.

En el ámbito de los tratamientos de las dependencias, la TCC posee diversas aplicaciones, tales como el auto-monitoreo, manejo de contingencias, control de estímulos o entrenamiento en habilidades de distinto tipo. La implementación más completa de la TCC está representada por los programas de prevención de recaídas (PR), los que reúnen una serie de intervenciones que tienen por finalidad ayudar a que las personas portadoras de una adicción aprendan a conducirse mejor, modificando aquellos pensamientos y conductas que facilitan la vía a la recaída, al tiempo que tienden a la adopción de un patrón general de conducta (estilo de vida) compatible con la recuperación. Prácticamente todos los programas de prevención de recaídas se basan en el modelo de Marlatt (Marlatt, G. A. and Gordon, J. R., 1985) e incorporan elementos del modelo de Beck (Beck, A. T. et al., 1999), entre otros autores.

Un significativo cuerpo de evidencia ha demostrado que -tal como en adultos- la aplicación de la TCC en adolescentes abusadores y dependientes es efectiva en reducir el uso de sustancias y sus problemas asociados (Waldron et al., 2001). Se debe utilizar en forma individual o grupal en todos los planes de tratamiento, tanto ambulatorio como residencial.



1.5. Terapia familiar

La Terapia Familiar (TF) consiste en un grupo heterogéneo de intervenciones que consideran que el problema de la dependencia a sustancias en adolescentes interactúa circularmente con el funcionamiento del sistema familiar. De este modo, los distintos modelos de TF plantean que el enfrentamiento del problema por el cual un adolescente consulta, requiere implementar cambios significativos en su entorno social directo, debilitando factores que contribuyen a la dependencia, y a la vez fortaleciendo aquellos aspectos facilitadores de su recuperación.

Como características comunes a todos los modelos de TF, es posible considerar su alto grado de adaptabilidad a distintas situaciones clínicas.

Una reciente revisión de la efectividad de la TF en adolescentes (Liddle 2004) muestra que esta intervención es ampliamente efectiva. Se debe utilizar en todos los planes de tratamiento, tanto ambulatorio como residencial.

1.6. Terapia grupal

La Terapia Grupal (TG) consiste en un tipo de intervención que se vale de reunir a personas portadoras de un problema similar, con el fin de potenciar su proceso de cambio.

Si bien en la literatura de adicciones dedicada a adultos existe un amplio consenso que promueve la implementación de diversos tipos de TG (Flores, 2005), su aplicación en adolescentes dependientes no está exenta de controversias. Existe evidencia de que la terapia de grupo en estos jóvenes puede tener un efecto negativo sobre el resultado del tratamiento, especialmente en una subpoblación con trastorno conductual (Bukstein, 2004). No deberían incluirse en terapia grupal a jóvenes con conductas altamente disruptivas, a los cuales es preferible ofrecerles terapia familiar.

La terapia de grupo cognitivo-conductual se debe utilizar en todos los planes de tratamiento, tanto ambulatorio como residencial, en adolescentes con consumo perjudicial/dependencia (Dennis et al., 2004; Kaminer et al., 1998; Waldron et al., 2001).

1.7. Tratamiento farmacológico

El abordaje de las dependencias en adolescentes debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados (Bukstein, 2004; Mack and Frances 2003; Winters, 1999).



Está indicado el uso de benzodiazepinas para el tratamiento del síndrome de dependencia a alcohol en adolescentes (Deas and Thomas, 2001). (Mayo and Smith, 1997; O'Brien, 2005; Vocci et al., 2005).

Se deben tratar las enfermedades mentales de los adolescentes con consumo perjudicial/dependencia, del mismo modo como se trata a los pacientes sin abuso de sustancias. (Bukstein, 2004; Kaye, 2004; Mack and Frances, 2003). Los adolescentes con patología dual deben recibir tratamientos integrados (un mismo equipo se hace cargo del tratamiento de las dos patologías).

2. Intervenciones de contexto

2.1. *Dirigidas al sujeto*

a) *Intervenciones de vinculación, reinserción y motivación:*

Trabajo en el espacio del sujeto

Esto es muy relevante en cuanto:

- Es el primer contacto que se realiza con niños, niñas y adolescentes, generalmente hecho por el educador o profesional a cargo. Se realiza en el propio espacio físico del sujeto: calle y lugares de tiempo libre, escuelas o liceos, grupos comunitarios, etc.
- Durante toda esta etapa se trabaja con el adolescente en diferentes espacios de reflexión para ir al "rescate" de su integridad, su familia, la aceptación de su problema y motivarlo a una ayuda técnica y/o profesional para su recuperación y su integración, o la necesidad de acudir a un centro especializado para ir en búsqueda de sus dificultades individuales.
- Permite el trabajo de vinculación y motivación para la intervención posterior, o bien para retomar contacto una vez que el chico o chica haya abandonado o recaído de su tratamiento.

El educador o educadora y/o profesional ad-hoc, ya sea solo o en dupla, continúa visitando él o los lugares-espacio en donde permanecen los adolescentes, con el objetivo de:

- Continuar realizando espacios de reflexión.
- Contactar a la familia.
- Conocer más de los recursos y de los déficits del adolescente.
- Evaluar el proceso de reintegración a su familia-comunidad.



- Evaluar proceso de reintegración a la escuela.
- Evaluar la factibilidad de ingreso a intervenciones de mayor complejidad de acuerdo a lo evaluado por él y su equipo clínico biopsicosocial de apoyo.
- Coordinar en una derivación asistida, el ingreso o la intervención clínica de mayor especialidad.
- Seguimiento de casos que llegan por primera vez y que requieran seguimiento en el itinerario de intervención.

Tutorías

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

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

Los objetivos de las tutorías son:

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



b) Intervenciones educativas:

Intervenciones psicopedagógicas

Nivelación y apresto escolar (clases)

Actividades de orientación a la capacitación y reinserción escolar

Las clases de nivelación académica dentro del programa deben ser, en la medida de lo posible, personalizadas y adaptadas a las necesidades educativas de cada niño, niña y adolescente.

Los objetivos de estas intervenciones son:

- Motivar respecto al valor de la formación para su presente y futuro.
- Fomentar la adquisición de bases formativas orientadas a la incorporación laboral.
- Ayudar a que el chico o chica identifique sus dificultades y potencialidades relativas a la formación.
- Dotar al sujeto de hábitos de estudio y actitudes asociadas a éste.
- Hacer valorar al individuo que cada nuevo aprendizaje incrementa sus aprendizajes más complejos.
- Fortalecer las relaciones interpersonales en un ambiente escolar o formativo normalizado.
- Refuerzo escolar.
- Actividades de orientación a la capacitación e inserción laboral.

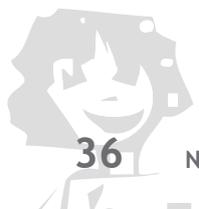
c) Intervenciones recreativas y culturales:

Actividades culturales y de ocio

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

Los objetivos de estas actividades son:

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



- Aprender a gestionar el dinero.
- Aprender a gestionar el tiempo de ocio.
- Aprender a evaluar la satisfacción-no satisfacción en el ámbito del ocio.

Actividades deportivas

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

Los objetivos de estas actividades son:

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

d) *Intervenciones de capacitación:*

Actividades ocupacionales

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

Estas actividades se orientan, en un primer momento, a contener al sujeto –manteniéndolo ocupado e implicado- y, luego, prepararlo para la reinserción sociolaboral.

Los puntos centrales a obtener en estas actividades son:

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



Los objetivos específicos son:

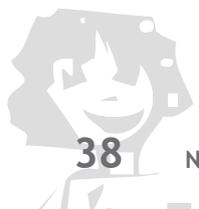
- Ejercer la contención metodológica.
- Interiorizar las normas básicas de convivencia social a través del trabajo en grupo.
- Trabajar el autoconocimiento, el autocontrol y la autonomía.
- Aprender metodologías, procesos y procedimientos.
- Conocer la dimensión cultural y social de una actividad ocupacional/profesional.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

Talleres ocupacionales

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

Los objetivos de estos talleres son:

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



2.2. *Dirigidas a la familia y/o figura(s) de vinculación significativa*

a) *Intervenciones educativas:*

Intervención psicosocial de grupo

Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades, actividades de rehabilitación social y laboral, entrenamiento en comportamientos de autoayuda, motivación para la participación en grupos de la comunidad. La dimensión recreativo-deportiva, educativa y vincular deberían estar presentes en estas intervenciones.

Dirigido a padre y/o madre, figura vincular significativa, familia nuclear o extendida.

Capacitación en la resolución de conflictos familiares

b) *Intervenciones comunitarias:*

Visitas familiares

Acompañamiento familiar

Desarrollo y vinculación familiar

La familia, por lo general, conforma el núcleo de referencia y de modo de convivencia del niño, niña y adolescente. Es imprescindible que todas las acciones tengan en cuenta la relación del adolescente con su núcleo familiar y la influencia que en él o ella ejerce, siempre y cuando ésta exista.

Los objetivos de estas intervenciones son:

- Conocer a la familia: estilo educativo, posicionamiento respecto a las drogas, posicionamiento respecto a los actos transgresores.
- Intercambiar información sobre la situación, comportamiento y estado general de su hijo o hija, así como el origen de sus problemas.
- Conocer las expectativas de la familia con respecto al futuro de su hijo o hija.
- Implicar y responsabilizar a la familia en su proceso.
- Observar y analizar el tipo de relación que se establece entre familiares-usuario durante la visita o el encuentro con el equipo.
- Analizar la reacción del adolescente antes de la visita y las consecuencias de la misma.



- Evaluar conjuntamente con la familia el encuentro.

Visita de salud mental domiciliaria

Evaluación y diagnóstico social y familiar, psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente y/o familia. Dirigido a familiares, cuidadores, figura vincular significativa.

2.3. *Dirigidas a la red de atención*

Visita de salud mental escolar y coordinación educativa

Evaluación y diagnóstico social y escolar, psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente. Dirigida a profesores, directivos, compañeros.

Visita de salud mental laboral

Evaluación y diagnóstico social y laboral, psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, rescate y reenganche al tratamiento del adolescente. Dirigida a jefes, compañeros de trabajo.

Intervención / actividad comunitaria

Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación. Dirigida a organizaciones o redes que apoyan al paciente adolescente y a la familia de éste en su tratamiento y rehabilitación.

Vinculación a redes y actividades de sensibilización comunitaria, liceo, escuela, grupos juveniles



En resumen:

Intervenciones de contexto		
Dirigidas al sujeto	Dirigidas a la Familia	Dirigidas a la Red de Atención
<p>De vinculación, motivación y reinserción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en el espacio del sujeto. • Tutorías. <p>Educativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicopedagogía. • Nivelación y apresto escolar. • Refuerzo escolar. • Actividades de orientación a la capacitación y reinserción escolar. <p>Recreativas y culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades culturales y de ocio. • Actividades deportivas. <p>De capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades ocupacionales. • Talleres ocupacionales. 	<p>Educativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención psicosocial. • Capacitación en la resolución de conflictos familiares. <p>Comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias. • Acompañamiento familiar. • Desarrollo y vinculación familiar. 	<p>Intervenciones con colegios.</p> <p>Intervenciones con el ámbito laboral.</p> <p>Intervenciones comunitarias.</p> <p>Vinculación a redes.</p> <p>Actividades de sensibilización comunitaria.</p>



3. Tratamientos validados por la medicina basada en evidencias

De acuerdo a lo informado por el NIDA (National Institute on Drug Abuse), existen ciertas intervenciones que están validadas desde la medicina basada en evidencia, en el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas en adolescentes. Éstas son:

Terapia para realzar la motivación

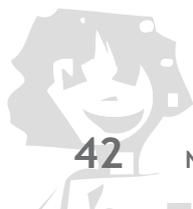
Es un enfoque de terapia que se centra en el adolescente y sirve para iniciar cambios de comportamiento al ayudar al sujeto a resolver su ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y parar su uso de drogas. Este enfoque emplea estrategias tendientes a producir cambios rápidos y de motivación interna, en lugar de guiarlo por cada paso del proceso de recuperación. Consiste en una sesión inicial en la que se otorga una serie de pruebas de evaluación, seguida por dos a cuatro sesiones individualizadas de tratamiento con el terapeuta. La primera sesión de tratamiento se concentra en suministrar retroalimentación al paciente sobre la información generada de la serie de evaluaciones iniciales, con el fin de estimular una conversación referente a su uso personal de drogas y para lograr obtener el estado de automotivación del usuario.

Se utilizan principios de entrevistas para fortalecer la motivación y formular un plan para los cambios que el adolescente realizará. Se sugieren estrategias de enfrentamiento para situaciones de alto riesgo y se discuten estas estrategias con el adolescente. En las sesiones subsiguientes el terapeuta vigila los cambios, revisa las estrategias que se están usando para detener el hábito y continúa alentando al joven para que se comprometa a cambiar o a mantener su abstinencia.

Se anima al adolescente a traer a las sesiones a su pareja o a alguien especial en su vida. Este enfoque ha sido exitoso en los jóvenes con consumo problemático de alcohol y en sujetos con dependencia de marihuana.

Terapia de comportamiento para adolescentes

Incorpora el principio de que se puede cambiar el comportamiento no deseado mediante una demostración clara del comportamiento que se desea adquirir, conjuntamente con una premiación afín para cada paso adicional que se toma para lograr esta meta. Las actividades terapéuticas incluyen el cumplimiento de tareas específicas, ensayos de los comportamientos deseados y grabación y revisión del progreso logrado, con elogios y privilegios concedidos cuando se cumplan las metas asignadas. Se recolectan muestras de orina regularmente para supervisar si hay algún uso de drogas. La terapia pretende equipar a la persona para que adquiera tres tipos de control: el control del estímulo, que



ayuda a los adolescentes a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y a aprender a pasar más tiempo en actividades incompatibles con el uso de éstas; el control del impulso, que los ayuda a reconocer y a cambiar los pensamientos, los sentimientos y los planes que los llevan a usar drogas; y finalmente, el control social, que involucra a miembros de la familia y otras personas importantes para el joven, para que le ayuden a evitar las drogas. Cuando sea posible, uno de los padres o la pareja acompaña al sujeto a las sesiones de tratamiento y le asiste con las tareas de terapia y el refuerzo del comportamiento deseado.

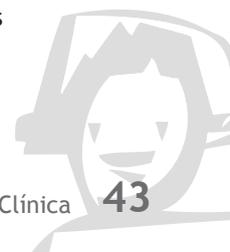
De acuerdo con los estudios de investigación, esta terapia ayuda a los adolescentes a liberarse de las drogas y aumenta su habilidad para mantenerse alejado de ellas una vez que el tratamiento haya terminado. Los adolescentes también demuestran una mejoría en varias otras áreas: concurrencia al trabajo/escuela, relaciones familiares, depresión, necesidad de ser confinado a una institución, y uso de alcohol. Estos resultados tan favorables se atribuyen en gran parte a la participación de los miembros de la familia en la terapia y a los premios que se otorgan por la abstinencia de drogas, verificada a través de los análisis de orina.

Terapia familiar multidimensional (MDFT) para adolescentes

Es un tratamiento en contra del abuso de drogas que toma lugar fuera del hospital y está centrado en la familia. La MDFT examina el uso de drogas en los adolescentes en términos de una red de influencias, es decir, del propio individuo, de la familia, de los compañeros, de la comunidad; y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado ocurren de múltiples maneras y en ambientes diferentes. El tratamiento incluye sesiones individuales y con toda la familia, que tienen lugar en la clínica, en la casa, o con miembros de la familia en la corte familiar, la escuela u otros lugares comunitarios. Durante las sesiones individuales el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes de aprendizaje, como saber tomar decisiones, negociar y desarrollar habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos, y así poder manejar mejor las presiones de la vida, y también obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan su estilo particular de educar a sus hijos y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar, así como a ejercer una influencia positiva y apropiada sobre ellos.

Terapia multisistémica (MST)

Maneja los factores asociados a comportamientos antisociales serios en niños y adolescentes que abusan de drogas. Estos factores incluyen características del adolescente (por ejemplo, actitudes favorables hacia el uso de drogas), de la familia (mala disciplina, conflictos familiares, abuso de drogas por parte de los padres), de los compañeros (actitudes



positivas hacia el uso de drogas), de la escuela (abandono de la escuela, malas calificaciones) y del vecindario (subcultura criminal).

Cuando participan en tratamientos intensivos en ambientes naturales (en sus casas, escuelas y la vecindad), la mayoría de los jóvenes y sus familias completan un curso entero de tratamiento. La MST reduce significativamente el uso de drogas en los adolescentes durante el tratamiento y, al menos, hasta seis meses después del mismo. El costo de este servicio se ve recompensado por la reducción en el número de encarcelamientos y de colocaciones de jóvenes en hogares fuera de los suyos y por el hecho de que mantiene baja la carga de casos de los clínicos.

Otros tratamientos que han demostrado ser efectivos en adultos podrían considerarse para el tratamiento de adolescentes en etapa tardía (17 a 19 años).

Tratamientos residenciales

El tratamiento residencial a largo plazo suministra cuidados las 24 horas del día, generalmente en ambientes que no son hospitales. El modelo de tratamiento residencial mejor conocido es el de la comunidad terapéutica (CT), pero los tratamientos residenciales también pueden emplear otros modelos, como el de terapia de comportamiento cognitivo. Los programas residenciales a corto plazo proveen tratamientos residenciales intensivos, pero relativamente cortos basados en un enfoque modificado de los 12 pasos. Estos programas fueron originalmente diseñados para tratar problemas de alcohol, pero durante la epidemia de la cocaína de mediados de la década de los ochenta, muchos programas comenzaron a tratar el abuso de drogas ilegales y la adicción.

El modelo de tratamiento residencial original consistía en una fase de tratamiento de tres a seis semanas dentro del hospital, seguido por una terapia extendida fuera de éste y la participación en un grupo de autoapoyo, como los Alcohólicos Anónimos. La reducción de la cobertura de cuidados médicos para los tratamientos de abuso de drogas ha resultado en una disminución de estos programas, y el promedio de la estadía bajo la supervisión de un cuidado administrado es mucho más corto que en los programas anteriores.

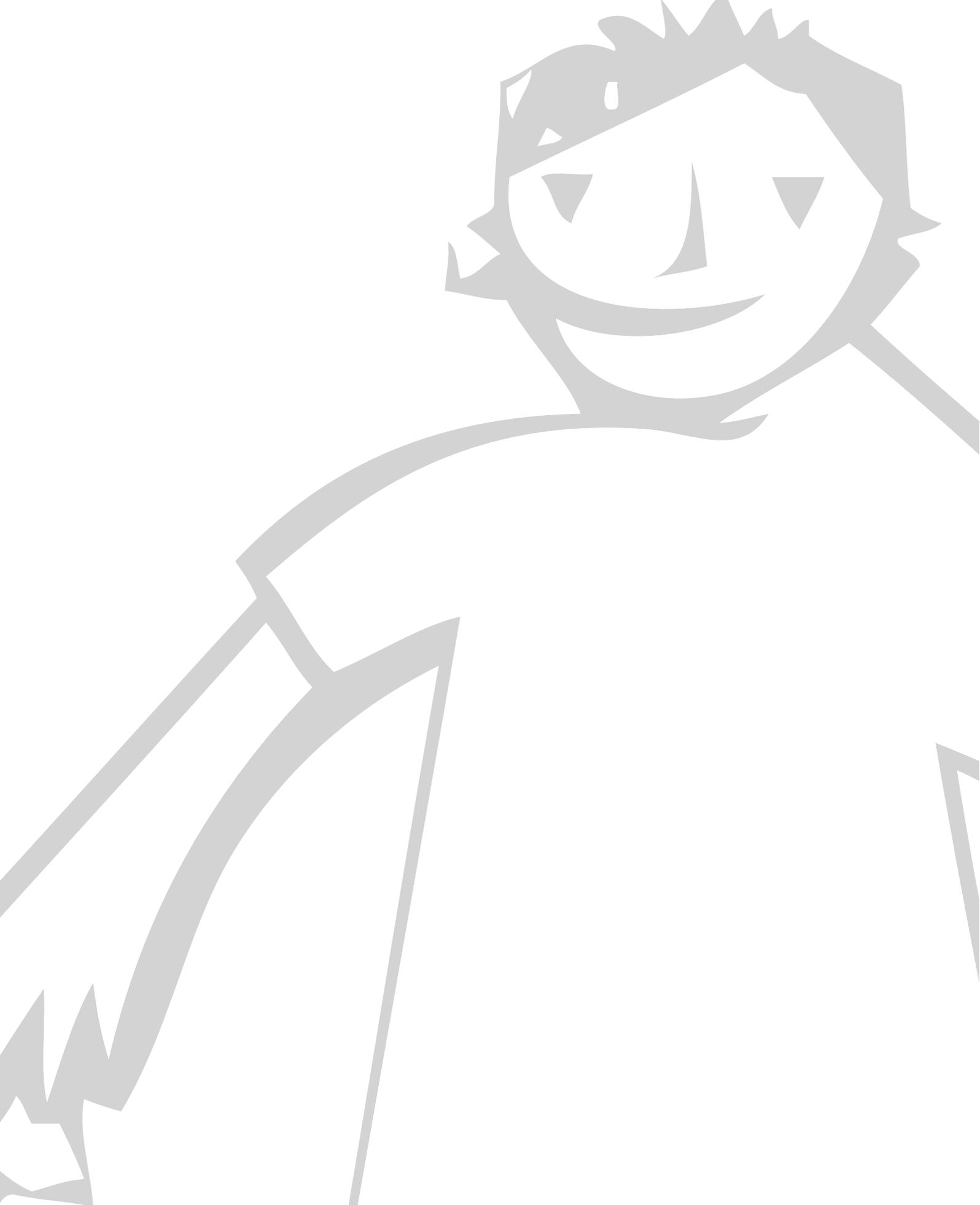
La desintoxicación médica

Es un proceso mediante el cual los individuos son apartados sistemáticamente de las drogas adictivas, en ambientes intra- y extrahospitalarios, normalmente bajo el cuidado de un médico. A veces se la considera como una modalidad de tratamiento específica, pero, más apropiadamente, la desintoxicación es un precursor del tratamiento, porque está diseñada para tratar los efectos agudos fisiológicos del cese del uso de drogas. Hay



medicamentos disponibles para la desintoxicación de opiáceos, nicotina, benzodiazepinas, alcohol, barbitúricos y otros sedantes. En algunos casos, particularmente con relación a los últimos tres tipos de drogas, la desintoxicación puede ser una necesidad médica, pero abstenerse de una droga adictiva sin recibir tratamiento puede ser médicamente peligroso y hasta fatal. La desintoxicación no está diseñada para manejar los problemas psicológicos, sociales y de conducta asociados con la adicción y, por lo tanto, generalmente no produce los cambios duraderos de comportamiento necesarios para la recuperación. La desintoxicación es más útil cuando incorpora procesos formales de evaluación y refiere a los pacientes a los tratamientos subsiguientes para estos problemas.





V.

¿Cómo se implementa una asesoría?

Para cumplir con la meta de otorgar una atención de calidad a los usuarios, los equipos de tratamiento requieren del apoyo de un asesor o asesora. Las capacitaciones, normas y procedimientos escritos no son suficientes para implementar un programa de tratamiento que incorpora conceptos y miradas nuevas, por lo que es fundamental el contacto personal, directo y periódico con el equipo clínico. Este contacto directo permite:

- Desarrollar habilidades que posibiliten al equipo pensar respecto de su práctica clínica, considerando el marco referencial.
- Identificar y analizar dificultades de implementación de las orientaciones técnicas.
- Anticipar dificultades potenciales en el desarrollo del programa de tratamiento y dar orientaciones para prevenirlas.
- Apoyar la resolución de entrapamientos (fracasos o errores) en un proceso de tratamiento y dar orientaciones prácticas que puedan ser aplicadas por los equipos.
- Detectar necesidades específicas de asesoría y gestionar el recurso para atenderlas (bibliografía, asesoría de experto externo, etc.).
- Revisar experiencias específicas (éxitos y fracasos) y aprender para el futuro.
- Identificar y transmitir a otros equipos de tratamiento, prácticas que potencien la calidad de las prestaciones.

- Recibir retroalimentación que permita ir mejorando las orientaciones del programa de tratamiento.
- Entregar apoyo y estímulo al equipo de tratamiento para disminuir procesos de agotamiento y sobrecarga frecuentes en el tratamiento de adicciones.

Es importante hacer la diferenciación entre las actividades de asesoría y las relacionadas con la supervisión, pues son dos actividades distintas, pero altamente complementarias.

De acuerdo a las definiciones entregadas por el Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación de CONACE, la supervisión corresponde a la observación de las condiciones en las cuales se desarrolla cada programa de tratamiento y la evaluación de la concordancia de las mismas con lo estipulado en los fundamentos del programa específico para esta población. La asesoría, en tanto, corresponde a una actividad clínica orientada a garantizar la prestación de una atención de calidad a los adolescentes beneficiarios del programa.

La base de las asesorías son las reuniones de asesoría, esto es, cuando el asesor visita el centro y se reúne con el equipo de tratamiento para discutir temas clínicos, situaciones clínicas específicas o casos clínicos previamente acordados. Si bien el asesor debe dirigir esta reunión, también es importante que se realice en un ambiente de respeto y confianza que permita una comunicación abierta, donde se discutan y contesten todo tipo de preguntas o dificultades, y donde participe la totalidad del equipo o de la red de tratamiento según sea el caso.

1. Características del asesor o asesora

Un asesor clínico de tratamiento en alcohol y drogas para población adolescente, debe estar al tanto de los conocimientos relacionados con los aspectos evolutivos del adolescente y del ciclo vital familiar, aspectos relacionados con la vulnerabilidad, las dimensiones ligadas al consumo de alcohol y drogas, y sus características en esta población, como mínimo.

Un asesor debe tener ciertas características y habilidades para la conducción y dominio de trabajo con grupos humanos, puesto que su accionar se realizará mayoritariamente en ese contexto. Desde este último punto, se establecen ciertas sugerencias para que el trabajo con los equipos sea exitoso:

- El asesor o asesora debe realizar un primer contacto en forma empática, permitiendo la presentación de cada uno de los integrantes del equipo y dando posibilidad, especialmente en el primer encuentro, a que el equipo pueda hablar de su propia historia de trabajo en conjunto.

- Se debe estar atento a los tiempos y a las oportunidades que cada miembro del equipo tiene para intervenir (es importante, realizar preguntas directas a aquellos que se mantengan al margen o que no han tenido la posibilidad de interactuar).
- Enseñar con el ejemplo, es decir, no interrumpir y evitar que se produzcan situaciones semejantes entre los miembros del equipo.
- Se debe fomentar que los integrantes se escuchen entre sí, generando el diálogo entre todos los participantes.
- Promover las críticas que aporten soluciones; todos tenemos derecho a discrepar y plantear ideas diferentes, pero siempre respetando al otro y planteando sugerencias, y no centrándose en lo que es negativo.

A continuación se plantea lo que nunca debería hacer un asesor o asesora:

- Ignorar o descalificar preguntas. Todas las preguntas son útiles en toda reunión, además, no resulta conveniente desmerecer ninguna porque es un precedente que no aporta al buen clima de la reunión.
- Monopolizar la reunión. La función del asesor es facilitar los procesos participativos, no dominarlos.
- Ser el payaso. Un poco de humor (no burla) alivia la tensión, pero pasarse del límite generalmente desvaloriza la importancia del tema.
- Llamar la atención públicamente. Si hay un reclamo hacia alguien del equipo, es mejor hablarlo en privado. Además, esta conducta tiene el efecto de intimidar a los demás miembros del equipo;
- Permitir interrupciones externas (salvo que sea estrictamente necesario). Conversar con el equipo, desde un principio, sobre las interrupciones “boicoteadas de la productividad”. Es fundamental ponerse de acuerdo sobre celulares, beepers, mensajes telefónicos, consultas de personas de afuera, etc.
- Perder el enfoque. La meta es mantener al grupo dentro de su agenda o, en cualquier caso, renegociar ésta.
- No estar preparado o preparada. La asesoría no se improvisa; la preparación del asesor es la clave para que ésta sea efectiva. El entrenamiento y la capacitación son vitales en la resolución de este punto.



2. El inicio de la relación de asesoría

Cuando se inicia la relación de asesoría, es importante considerar el grado de experiencia del equipo clínico y la influencia de ésta en la relación con el asesor. Es probable que equipos (o algunos miembros) con menos experiencia o recién integrados a estos programas de tratamiento específico, se aproximen al asesor con sentimientos y expectativas que dependen de su experiencia previa. Algunos suelen ser dolorosamente conscientes de sus limitaciones y escasas habilidades. Se plantea una serie de complejas interacciones que se dan en el campo de la asesoría clínica, interesantes de considerar en la relación entre el asesor y los equipos de tratamiento.

Muchas veces, el inicio debe estar dado por un momento de capacitación más dirigida (a través de material previamente elaborado), de modo que los participantes puedan conocer de una forma más cercana el modelo de intervención y todos los aspectos que rodean a éste.

Por lo general, el asesor o asesora actúa con la necesidad interior de demostrar conocimiento o experiencia, pues su sentimiento de utilidad depende en gran parte de su capacidad de señalar errores de omisión o exceso. Frente a esto, es importante que tenga conciencia de algunas conductas defensivas tales como: actitudes de reserva, rigidez y autoritarismo.

El asesor sirve como modelo, tanto en la conducta profesional como en la relación con el asesorado. Por esto, debe tener presente que sus conductas y actitudes pueden ser modelo no sólo para los usuarios, sino que también para los distintos miembros del equipo.

El asesor también desempeña el papel de apoyar y consolar al asesorado. En este sentido, tiene la posibilidad de brindar confianza a los equipos de tratamiento en relación con su capacidad y valor, fortaleciendo así una autoeficacia realista.

El asesor funciona paralelamente como un evaluador y crítico del funcionamiento y la competencia del asesorado, en la medida que evalúa sus progresos. Además, debe ir evaluando también el progreso de los equipos de manera que pueda ir desarrollando una instrucción activa y progresiva respecto de las áreas de tratamiento que falta por desarrollar, o bien, estimulando la búsqueda de otros recursos de formación para el equipo tratante.

El asesor será requerido en otros momentos distintos al tiempo formal de asesoría, por lo tanto debe dejar la posibilidad y la mejor instancia de comunicación con los equipos, principalmente con aquellos más inexpertos o con los que estén en una situación compleja, ya sea entre ellos mismos o con el grupo de usuarios.

Tener conciencia de que el rol de asesor implica el ejercicio de éstos y otros múltiples roles permitirá manejar de manera flexible los conflictos que puedan presentarse; por ejemplo, entre evaluar y apoyar, entre instruir y valorar.



3. La reunión de asesoría: tiempos y participantes

De acuerdo a la experiencia del Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación de CONACE, las reuniones de asesoría duran en promedio tres a cuatro horas y, generalmente, cuentan con la participación del equipo completo. Por lo tanto, es recomendable que cada una se realice en la hora de la reunión clínica semanal. En este espacio de asesoría, el asesor deberá priorizar los temas a tratar haciendo un uso eficiente del tiempo.

Habrán momentos en que el interés de los equipos pondrá la asesoría en el contexto de un trabajo en red; en ese instante, se deben considerar asesorías más prolongadas, pudiendo durar éstas una jornada completa.

4. Frecuencia de asesorías

Los centros que están recién incorporando un programa de tratamiento para adolescentes requieren visitas más frecuentes y disposición vía telefónica o correo electrónico por parte del asesor. Varias de estas asesorías iniciales abordarán consultas generales respecto de las orientaciones técnicas del programa. Una vez que el equipo ha adquirido la confianza necesaria para desarrollar el programa y se observa en él, el manejo de destrezas que permiten enfrentar dificultades cotidianas de acuerdo a las orientaciones técnicas, es esperable que las reuniones sean menos frecuentes y estén más orientadas a abordar casos clínicos específicos. Idealmente, el trabajo de asesoría se debería realizar una vez al mes.

5. Trabajando con los fracasos y los éxitos

Los entrapamientos, fracasos o errores en el tratamiento son inevitables y proveen una oportunidad de aprendizaje particularmente relevante para los equipos que trabajan en él, por lo tanto, el asesor debe hacer un esfuerzo especial para detectarlos y explicitarlos.

El fracaso o error en alguna intervención debe ser discutido minuciosamente por el equipo. No es recomendable culpar ni juzgar a ninguna persona en particular, pues el equipo en su totalidad debe asumir la responsabilidad por el tratamiento de cada adolescente. El asesor debe ocupar el rol de mediador en el análisis de un problema, con el fin de poder establecer en detalle la situación contextual precedente, la cadena de conductas e intervenciones por parte del equipo (incluida la relación con otros equipos tratantes) y los resultados observados. Algunas preguntas que pueden ser de utilidad:

- ¿Cuándo comenzó el problema?
- ¿Por qué es un problema?



- ¿A quién y cómo afecta (usuario, familia, tratantes, otros)?
- ¿Dónde exactamente se está presentando el problema y cómo afecta éste al tratamiento?
- ¿Qué intentos de solución se han realizado?
- ¿Qué recursos se necesitan para resolver el problema?
- ¿Han existido situaciones similares a ésta en forma previa? ¿Cómo se resolvieron en esa oportunidad?

Una vez clarificado el problema es necesario incentivar la búsqueda de alternativas de solución (lo más diversas posibles) con el aporte de todos los miembros del equipo. Luego, cada alternativa debe ser sometida a evaluación, anticipando los posibles resultados tanto en el adolescente, el grupo de pares y su familia como en el equipo de tratamiento. Sobre esta base se debe acordar una estrategia para abordar el tratamiento y prevenir la repetición de estas situaciones a futuro.

Frente a la resolución de estas dificultades es necesario coordinar trabajo con el correspondiente supervisor, pues muchas veces la solución de las dificultades pasa por la conciliación tanto de aspectos técnicos como administrativos.

No se puede olvidar que cada equipo o cada uno de sus miembros, probablemente va a tener experiencias de una u otra manera, en situaciones similares a las presentadas como problema. Muchas de esas experiencias, pudieron haber tenido soluciones exitosas, por lo tanto, se sugiere que en la asesoría se rescaten esas experiencias exitosas y se vea el modo de adaptarlas a lo que sucede actualmente y que se ha transformado en un problema para el equipo. Lo mismo sucede cuando existen otros equipos que pudieran haber resuelto de buena manera y con prácticas favorables estas dificultades. Es función de la asesoría comunicar estas prácticas y hacer los enlaces necesarios para que el equipo conflictuado o algunos de sus miembros pueda conocerlas o buscar la instancia de compartirlas.

6. El trabajo con las familias

Es uno de los ejes fundamentales de este tipo de programas de tratamiento, no sólo por la etapa de desarrollo en la cual los adolescentes se encuentran, sino también porque el referente familiar es fundamental en el momento de comprender las dificultades del sujeto y con relación al tratamiento del consumo de drogas y el proceso de reinserción social.

Dos grandes propósitos se deben destacar y asesorar, entre otros, en este trabajo. Que el equipo, por un lado, favorezca la integración y/o recuperación de vínculos familiares o significativos prosociales y, por otro, que se favorezca el proceso de individuación del adolescente.

De acuerdo a la experiencia relatada por Todd, las familias que tienen un miembro con conductas adictivas, crean fantasías de rescate y sentimientos de frustración en el terapeuta, con mayor intensidad que otro tipo de familias. Es fácil que éste experimente fuertes sentimientos de enojo hacia el miembro adicto por ser destructivo consigo mismo y con su familia. El trabajo con el grupo familiar en este contexto es difícil: alto potencial de violencia y crisis; baja disposición al cambio; proclives a sentirse inculcado; bajo nivel de esperanza. El terapeuta también debe enfrentar el hecho de que su éxito o fracaso tiene probabilidades de ser público, y siempre está la posibilidad de un fracaso dramático, tal como una sobredosis o un conflicto legal. Todas estas características se combinan para crear poderosos efectos en el terapeuta, que van desde el miedo y la frustración hasta altas fantasías de rescate.

Algunas reflexiones expresadas por este autor para la labor del supervisor clínico, pueden ser aplicables al rol de asesor. Por una parte, debe ayudar al terapeuta a conservar una visión estratégica, manteniendo las metas a la vista y aliviando la presión que ejercen sus propias expectativas. Esto es muy importante para impedir que se “atasque” en una lucha por el poder con el joven o la familia. Por otra parte, desempeña un papel clave en el incremento de su flexibilidad, mediante la creación de un clima de apoyo entre pares, así como de ideas nuevas. Por último, debe comunicar un respaldo genuino al terapeuta, admitiendo la dificultad de los casos y estando disponible ante crisis.

7. Protocolo de decisiones frente a situaciones emergentes o de crisis

La complejidad de las problemáticas de los adolescentes y sus familias que se abordan, la emergencia de situaciones inesperadas o de crisis y la respuesta del equipo frente a estas situaciones genera altos montos de estrés emocional al interior del grupo de trabajo. Por ejemplo, intentos de suicidio de los adolescentes, episodios de violencia intrafamiliar o maltrato, episodios o develación de abuso sexual, cuadro de intoxicación por drogas, desborde o descompensación emocional o psiquiátrica de un sujeto de atención, etc. Esto conlleva, por lo tanto, a que el equipo tenga que desarrollar, como parte de la planificación y reuniones técnicas, un “árbol de decisiones” frente a diversas situaciones de crisis que pudieran presentarse, y que pudiera protocolizarse, de modo que sea conocido por todos los integrantes del equipo. Estos protocolos deberían ser analizados en conjunto con el asesor, de manera de evaluar la utilidad práctica y la flexibilidad que el equipo pueda tener frente a decisiones preestablecidas.

Esto implica en términos generales, que el equipo debería cumplir con las siguientes acciones protocolizadas:



- Delimitar las situaciones de crisis más recurrentes a las que el equipo se ve enfrentado y que son necesarias de anticipar y planificar.
- Definir quiénes asumirán ciertas funciones según la problemática de crisis que se presente (función de contención, de toma de decisiones, de coordinación, etc.).
- Definir y coordinar previamente las redes necesarias para el abordaje de situaciones de crisis, y coordinar acciones en conjunto (servicios de urgencia y redes de salud primaria, atención psiquiátrica, programas de drogas, carabineros, etc.).

8. Metodologías de uso frecuente

Toda reunión de asesoría debe comenzar con una introducción del asesor o asesora en la que explicite: los objetivos de ésta -acotando temas posibles de abarcar-, tiempo de duración y metodología a desarrollar. Si es necesario se deberán aclarar las consecuencias que puede tener la participación en ella, por ejemplo, evaluación y reasignación de fondos, sobre todo si el asesor cumple, además, funciones de supervisor. En este caso es recomendable separar las funciones de asesoría y supervisión en reuniones distintas. Cada asesor debe definir de antemano el calendario de reuniones que se realizarán, determinando en conjunto los temas a abordar en cada caso (conocimiento del programa, análisis de casos, etc.). El asesor debe solicitar con anterioridad al equipo, la definición de los temas a asesorar y/o preparación de un caso clínico. Para facilitar el análisis de casos clínicos es recomendable que los tratantes preparen la presentación en esta materia. Es aconsejable también, que al finalizar la asesoría, el asesor tome nota sobre los temas tratados, las dificultades y logros observados y los acuerdos tomados.

La metodología a utilizar en la asesoría es variada; se describirán las dos que con mayor frecuencia se han realizado en los planes de tratamiento para adolescentes:

8.1. *Conversación con el equipo en torno a casos clínicos o problemáticas emergentes en el proceso de tratamiento*

La forma más frecuente de desarrollar una asesoría es a través de la conversación, por lo tanto es importante tener presente algunos conceptos que ayuden a generar diálogos abiertos y constructivos, generadores de aprendizajes. Fuks define la conversación como: “La unidad mínima de interacción social, orientada hacia la coordinación de: diseños relacionales, marcos de significación, lógicas de acción y sentidos. [...] Es una vía posible tanto para la producción de consenso [...], como para el manejo del disenso” (pág. 9). Existen conversaciones naturales que se organizan sobre patrones culturales compartidos, lo que las vuelve conocidas y predecibles y, por lo tanto, seguras y estables. Mientras que existen

otras menos predecibles y restrictivas que, según Fuks, requieren de la cooperación de los participantes y sólo serán posibles en la medida en que se explicita la necesidad, intención y disponibilidad para la cooperación. En este tipo de conversaciones se busca ampliar el diálogo a través de la renuncia a las certezas, relativizándolas y abriéndose a la influencia recíproca de una conversación creativa y transformadora.

Es importante tener presente que en el encuentro del asesor con el equipo se define una relación complementaria, pero no de control, sin embargo y como se ha planteado antes, es probable que surja en el asesoramiento el sentimiento de sentirse evaluado y controlado. Por esto, se deben generar las condiciones contextuales para que se facilite la autoexploración y construcción de nuevas realidades que sirvan para enfrentar las problemáticas abordadas. La incorporación de nueva información o aprendizajes que surgen del espacio de asesoría, pueden ser vividos por los programas de tratamiento como amenazas a su estabilidad, por lo que se deben buscar formas de diálogo que transmitan respeto y valoración a la vez que cuestionen y señalen conflictos. Se deben tolerar sentimientos de incertidumbre que lleven a momentos de cierre o desencuentro, con el fin de recuperar el diálogo.

Una forma de ir respetando el ritmo del equipo asesorado es proceder lentamente en la conversación, de manera que haya espacio para pensar sobre ella, seleccionar aquello que le da sentido y dar a conocer estos pensamientos. Es importante también, prestar atención al lenguaje no verbal: tono de voz, movimiento corporal y gestos faciales, por ejemplo.

El diálogo horizontal se logrará estableciendo una interacción de cooperación, en donde el asesor usará su poder para facilitar el desarrollo del equipo, comprometiéndose con él.

Algunos roles descritos que facilitan el trabajo grupal son:

Facilitadores	Obstaculizadores
Escuchar activamente a cada persona y demostrar empatía.	Menospreciar o expresar desaprobación hacia las ideas de otros agresivamente.
Promover un clima de respeto.	Bloquear o ser resistente ante la posibilidad de que no se haga lo que usted piensa.
Mostrar comprensión, interés y aceptación.	Dominar manipulativamente la dinámica del equipo.
Estimular a que otros se expresen.	Buscar reconocimiento del equipo.
Sugerir nuevas ideas, iniciar y acoger cambios.	Mostrar falta de compromiso o aburrimiento.
Buscar información, clarificar lo que ya se sabe.	Bromear constantemente.
Buscar las distintas opiniones y valoraciones ante los problemas.	Priorizar las propias necesidades en función de las tareas a cumplir por sobre las necesidades del equipo.
Entregar la información que se posee y relatar al equipo la propia experiencia.	Devaluar la falta de información o comprensión del equipo frente a sugerencias entregadas.
Explicar lo que se dice, entregar significados claros.	



Otros aspectos centrales en las conversaciones son la emisión de juicios y el ejercicio de la flexibilidad por parte del asesor. Los juicios positivos o negativos tienden a establecer que lo bueno es todo aquello que el asesor piensa y actúa, cerrando la posibilidad de que cada uno explore sus propias potencialidades. El asesor debe estar consciente de cómo valora y enjuicia a cada miembro del equipo asesorado, con especial cuidado en relación con los juicios vinculados a construcciones de género y juicios éticos. En este mismo sentido, el asesor puede ayudar al equipo a observar sus propios juicios y entregar retroalimentación. Ejercitar la flexibilidad se refiere a la capacidad de modificar la planificación inicial de la asesoría en función de nuevas necesidades del equipo; requiere cierto nivel de tolerancia a la incertidumbre por parte del asesor y la apertura de éste mismo a la búsqueda de nuevas formas de trabajo conjunto.

Es recomendable que estas conversaciones de asesoría mantengan algún nivel de estructuración -dentro de un contexto flexible y espontáneo-, ya sea para analizar un caso clínico u otro problema relevante en la implementación del tratamiento. Una estructura básica puede ser:

- a) Introducción y definición de objetivos: preguntar al equipo qué material (tema, caso, etc.) desean asesorar, cuál es el motivo de la asesoría (por qué la necesidad), etc.
- b) Descripción y contextualización de las dificultades.
- c) Análisis de la situación.
- d) Evaluación de alternativas.
- e) Sugerencias del asesor o asesora.
- f) Acuerdos entre el equipo y el asesor.

8.2. *Reunión de asesoría clínica en red*

La esencia del trabajo en red es la **decisión voluntaria** de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una **tarea en común** en procura de **objetivos compartidos** explícitos, **manteniendo la identidad** de los participantes.

En el encuentro del asesor con la red de atención, nuevamente se define una relación complementaria, pero no de control. Por lo tanto, se deben generar las condiciones para que se facilite la exploración y la construcción de nuevas realidades que sirvan para enfrentar las problemáticas abordadas, o bien el caso clínico en cuestión. La red nos permitirá incorporar nueva información o nuevos aprendizajes que deben incluirse a través de un diálogo respetuoso y de valoración, pero manteniendo el espíritu crítico con relación a los desacuerdos y conflictos y, además, conservando la identidad y los roles propios de cada uno de los equipos involucrados.

Los puntos críticos, no necesariamente se relacionarán con el adolescente y su familia, sino que pueden presentarse en ciertos nudos de relación entre los equipos, los cuales pueden ser técnicos (visiones y modelos de tratamientos diferentes) y/o administrativos (cómo realizar una derivación asistida).

La asesoría en red nos permite, en forma más abierta, ir desde un pensamiento lineal a un pensamiento dimensional, en donde se incorporarán con mayor facilidad todas las dimensiones del sujeto y su entorno, además de abrir con mayor facilidad la mirada de proceso en el sujeto.

Este tipo de asesoría puede fácilmente caer en un encuentro desestructurado y de descalificación, por lo tanto se sugiere algún nivel de estructuración -dentro de un contexto flexible y espontáneo-, ya sea para analizar un caso clínico u otro problema relevante en la implementación del tratamiento, en donde todos los equipos involucrados tengan la posibilidad de compartir su visión, en un diálogo respetuoso y de escucha.

Una estructura básica puede ser:

- a) Introducción y definición de objetivos: preguntar al equipo tratante sobre el material (tema, caso, etc.) que desean asesorar, cuál es el motivo de asesoría (por qué la necesidad), etc.
- b) Descripción y contextualización de las dificultades: exposición a cargo de cada uno de los equipos, con un tiempo acotado.
- c) Análisis de la situación: discusión con todos los asistentes, en tiempos acotados, respetando turnos de intervención.
- d) Evaluación de alternativas: Se solicita a los equipos que construyan una propuesta y presenten una alternativa coordinada, con objetivos y metas que se relacionen con cada uno de los equipos en particular y con la coordinación en red.
- e) Sugerencias del asesor.
- f) Acuerdos entre los equipos y el asesor.

Es necesario contar con un espacio adecuado y la implementación necesaria para que los equipos puedan cómodamente dar a conocer sus puntos de vista.

Las asesorías en red son generalmente más largas en cuanto a tiempo, por la cantidad de sujetos o de equipos involucrados. Por lo tanto, desde un primer momento, debe generarse un pequeño programa, en el cual los tiempos deberían estar muy delimitados. Por otro lado, se requerirán ciertas pausas, de modo que los equipos puedan descansar para así continuar trabajando activamente.



8.3. Otras metodologías

Otras metodologías de trabajo que han sido incorporadas en otros programas de asesoría del Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación de CONACE, y que pueden tener utilidad en este programa, son las siguientes:

- Juegos de Rol (rol playing)

Una forma simple de aprendizaje es ensayar las conductas que se desean adquirir; en este caso el asesor muestra la conducta, hace que un miembro del equipo la repita instruyéndolo en sus pasos, proponiendo acercamientos progresivos desde los más fáciles a otros más difíciles, anima y refuerza los progresos, y ambos simulan las escenas donde esas habilidades pueden ser llevadas a cabo. A veces el ensayo puede ser imaginario, centrado en la conversación de escenas futuras posibles; o bien, conductual, haciendo que se ejecuten ciertas conductas en vivo, aparentando una situación representada. Las técnicas psicodramáticas pueden combinarse perfectamente con estos métodos de aprendizaje.

Respecto del análisis de casos clínicos, resulta de utilidad usar el ensayo conductual a través de un juego de rol; esta modalidad implica que el asesorado juega el rol del adolescente, mientras que el asesor y los demás miembros del equipo se involucran en conversaciones con el personaje interpretado por el asesorado. Según Ravazzola, esta experiencia permite modificar la perspectiva del terapeuta, descubriendo nuevas posibilidades de intervención, toda vez que constituye una oportunidad de observarse a sí mismo y de examinar cuidadosamente los efectos de sus actos y palabras.

Cuando el análisis de un caso clínico devela la importancia de la relación del adolescente o su familia con un miembro del equipo, es recomendable realizar esta técnica personificando tanto al adolescente como a su familia o al tratante. Otro componente del equipo puede hacer el rol del tratante. De la misma manera, los demás miembros del pueden participar del juego, personificando a integrantes de la familia si el análisis del caso así lo requiere. El nivel de complejidad de esta técnica dependerá del nivel de experticia del asesor.

La preparación de un juego de rol incluye:

- a) El equipo describe el caso en base a alguna pauta de presentación, especificando las razones por las cuales se requiere la ayuda.
- b) En conjunto con el asesor se va definiendo y acotando la situación-problema, intentando describir lo más detalladamente posible el contexto y la interacción (conductas, pensamientos, sentimientos y emociones, tanto del equipo como las expresadas por el adolescente).

- c) Se definen los roles a personificar, se asignan los personajes y se les da un tiempo a cada "actor" para conectarse emocionalmente con la situación descrita. La invitación es a buscar identificarse lo más posible con el personaje que se interpretará.
- d) Se acuerda la escena a ejecutar y se despliega la situación-problema, muchas veces en el contexto de una entrevista.

A medida que avanza la escenificación, tanto el asesor como los demás miembros del equipo pueden ir participando de diversas formas: haciendo preguntas a los entrevistados, o sugerencias cuando el entrevistador se sienta paralizado o requiera ayuda, entre otras.

Cuando el asesor lo considere adecuado se detendrá la escenificación y explorará la experiencia de cada actor: preguntando, por ejemplo, cómo se siente y qué piensa respecto de su personaje y de la relación de su éste con los demás. El objetivo es ayudar al equipo tratante a descubrir posibilidades no exploradas del caso, aumentar su nivel de conocimiento respecto del adolescente, comprender dinámicas relacionales intervinientes, etc.

Se le pedirá a cada miembro del equipo que comparta sus observaciones y análisis de la escena, promoviendo una discusión detallada a través de: identificación de pautas conductuales obstaculizadoras, exposición de diversas opiniones, resonancias y valores, ampliación de perspectivas, búsqueda de alternativas de intervención en función de los objetivos del tratamiento. Mientras el análisis sea de mejor calidad, mayor será la experiencia de aprendizaje.

- **Observación participante de una intervención psicosocial de grupo**

La posibilidad de participar directamente en una intervención permite conocer de primera mano cómo están trabajando los equipos y recoger material de utilidad para ser analizado en conjunto con el equipo. Por esto, en la medida en que haya mayor confianza en la relación entre el asesor y el equipo, será posible participar en una sesión de intervención psicosocial, utilizando algunos parámetros de la metodología de observación participante. Ésta se define como aquella en que el observador participa de manera activa dentro del grupo que se está observando; se identifica con él de tal manera que el grupo lo considera uno más de sus miembros. Es decir, el observador tiene una intervención tanto externa, en cuanto a actividades, como interna, en cuanto a sentimientos e inquietudes.

El acceso al grupo debe autorizarlo el miembro del equipo que esté a cargo; luego, en la actividad misma conviene distanciarse discretamente e integrarse al grupo comportándose lo más natural posible. Al iniciar la participación, es necesario crear entre el asesor y el equipo, un clima que permita la comunicación espontánea y auténtica. Al inicio se



generará alta reactividad y preguntas respecto a la presencia del asesor; se deben dar explicaciones generales sin profundizar. Se puede buscar colaborar con el conductor del grupo o involucrarse en la actividad que todos hacen.

En esta actividad conviene observar todo: lo que dicen, las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas, la ocupación del espacio, las relaciones que se dan, las interacciones específicas. Se recomienda tomar notas antes de iniciar la actividad y después de que ésta haya finalizado, y no hacerlo mientras se está participando de la misma.

Si se requiere indagar más sobre algo específico que se está observando, se sugiere esperar a que suceda y luego hacer las consultas pertinentes a través de preguntas abiertas. Sólo al final, y si se considera necesario, es posible dar alguna indicación al encargado del grupo.

Luego de finalizada la actividad será de relevancia que tanto el asesor como el equipo se reúnan a analizar lo realizado, compartiendo primero impresiones y, luego, haciendo observaciones y sugerencias.

9. Aspectos facilitadores a considerar en la asesoría clínica de los equipos

Características físicas del lugar y ambientación

La reunión de asesoría debería hacerse utilizando lugares en donde el número de participantes sea concordante con la dimensión del espacio, es decir, un espacio amplio, cómodo y que presente una ambientación adecuada: un lugar aireado, silencioso, iluminado y oxigenado. Ojalá sin ruidos molestos, como los de un teléfono o un timbre, que puedan distraer o desconcentrar frecuentemente. Lo ideal sería una sala de reunión que no sea un pasillo de desfile de pacientes u otras personas.

Lugar y hora

Elegir el lugar y la hora más adecuados es sumamente importante, ya que generalmente hay coyunturas personales, familiares, laborales y sociales, que podrían interferir negativamente en el desarrollo del trabajo.

Reuniones itinerantes

La realización de reuniones en distintos sitios, centros, dependencias de las distintas organizaciones involucradas en la asesoría, suele inyectarle una cuota de variedad que agrega beneficio a las reuniones programadas.

Puntualidad

Por lo general, los chilenos somos muy impuntuales; sin embargo, a todos nos gusta saber a qué hora comienza y a qué hora termina una reunión. Esto permite la planificación, ya que debemos partir de la premisa de que los participantes de la asesoría son personas que planifican su tiempo y que desean que éste sea respetado de acuerdo al programa planteado.

Recesos

Tener disponible agua, refrescos, café y/o algún bocadillo. Se recomienda especialmente en los tiempos de receso. Idealmente entre 15 a 20 minutos, para una hora y media de trabajo. Esto cumple la función de reanimar a cada uno de los participantes de la asesoría.

Apoyo audiovisual

En una reunión larga, el empleo de videos, diapositivas, power point, transparencias suele ser estratégico para aumentar la atención en los participantes, especialmente si se da en un contexto de capacitación-asesoría.

Uso de Internet (e-mail)

Internet es una vía muy económica y rápida para realizar preguntas, aclarar dudas, intercambiar experiencias o compartir elementos de discusión, ya sea previo a la reunión de asesoría o en un tiempo posterior a ella. Por lo tanto, vía mail puede realizarse un trabajo rápido, a bajo costo y con resultados sumamente beneficioso si es planeado adecuadamente.





VI.

El rol integral e integrador del equipo

El equipo de tratamiento es multidisciplinario, lo que permite la integración de distintos paradigmas, conocimientos y experiencias, los cuales apuntan a la comprensión y resolución de un mismo objetivo. A la vez, este equipo es integrador de diferentes intervenciones e instituciones que conforman una red de atención.

Trabajando en equipo se puede ir más allá de los paradigmas, es decir, más allá del pensar analítico, dialéctico y crítico, asumiendo la reflexión sobre las relaciones de los sujetos con las drogas legales o ilegales en los diferentes escenarios, desde una visión comprensiva que permite ver a los sujetos no sólo como seres racionales, sino que también como seres afectivos, emocionales, lúdicos, sensuales, corporales, sexuados, multidimensionales. Pues este tipo de intervención, además de relacionarse con las drogas, con las sociedades y las culturas, establece –sobre todo- un vínculo con los sujetos que ejercen sus derechos.

De allí que las necesidades humanas no son sólo carencias; ante todo, son potencialidades que al ser descubiertas y activadas se transforman en cualidades del sujeto, que se expresan en sus acciones, sentimientos, emociones y palabras mediante las cuales manifiesta ideas, valores y derechos como seres humanos. Es decir, las potencialidades afectivas no dependen de las bebidas alcohólicas, las potencialidades creativas no dependen de la marihuana, las potencialidades productivas no dependen de la cocaína, las potencialidades estéticas no dependen de las anfetaminas y las potencialidades amorosas no dependen del éxtasis.

Es por esto que en el trabajo de asesoría es central el conocimiento y el enfrentamiento de ciertos aspectos fundamentales del equipo o los equipos asesorados, de manera que el

proceso se realice desde una mirada comprensiva, no sólo para el adolescente y su familia como instancia clínica, sino también para el equipo o los equipos que intervienen, de manera que ambos tengan la misma mirada y comprensión de parte del asesor.

1. El trabajo con los equipos, una intervención grupal

Al conceptualizar el trabajo con los equipos como una intervención grupal, se hace necesario por parte del asesor, conocer algunos tópicos y hacer lectura de algunos elementos propios de los grupos que serán requeridos en la mantención del proceso de asesoría.

Los grupos primarios tienen ciertas características generales que es necesario conocer:

- a) Participación en interacciones frecuentes.
- b) Se definen entre sí como miembros.
- c) Otros los definen como pertenecientes al grupo.
- d) Comparten normas de respeto a temas comunes.
- e) Participan en un sistema de roles entrelazados.
- f) Encuentran recompensas en su actividad de grupo.
- g) Tienen una percepción colectiva de su unidad.
- h) Tienden a actuar de modo unitario respecto de su ambiente.
- i) Tienen una motivación en común.
- j) La relación es "cara a cara" y sin temores.

Estas características se encontrarán más afianzadas en la medida que los integrantes de los distintos equipos trabajen por más tiempo. Es necesario recordar que no todos los componentes de un equipo llegan en el mismo contexto de formación de un grupo primario. Algunos vienen trasladados, otros designados por un superior.

Dentro del funcionamiento, los grupos tienden a presentar:

Interacciones: se refiere a que cada miembro del grupo actúa y reacciona en relación con tal miembro o con el grupo entero en forma directa, sin intermediarios. La interacción postula y supone la posibilidad de prever y comprender las conductas de los demás. Estos intercambios no son sólo verbales.



Surgimiento de normas: se refiere a las reglas de conducta. Las normas que nacen dentro del grupo primario se convierten en un estandarte a seguir. Todo lo que guarda conformidad con estas normas es lo que está considerado como «bueno» por los miembros del grupo, lo que constituye el código de valores de éste. Este código varía de un grupo primario a otro y puede entrar a ser cuestionado por nuevos integrantes, y en el caso de los equipos, por ciertos superiores.

Existencia de objetivos colectivos comunes: resolver un problema, sobrevivir, efectuar un trabajo, organizar una actividad, divertirse, etc., son otros tantos objetivos del grupo como tal. La comunión de objetivos constituye el cimiento del grupo.

Existencia de emociones y de sentimientos colectivos: la unidad llega a ser tal, que da lugar a acciones y reacciones colectivas. Los miembros muestran similares emociones y reacciones. Se sienten afectados por las mismas situaciones (aunque muchas veces sólo sea exteriormente). Esto es de especial importancia cuando un miembro del grupo o equipo deja de serlo, ya sea por propia voluntad o por imposición externa (decisión de un superior).

Emergencia de una estructura informal: que nace dentro de un orden de afectividad y es como la organización y la distribución de la simpatía-antipatía. Las vías por las que circula la influencia, la posición de los miembros «populares» y la de los «menos populares», el nacimiento de las bandas o subgrupos dentro del grupo con sus polos de conflicto o de atracción. Es informal, porque no es oficial e incluso muy a menudo no consciente. Esta estructura puede entrar en oposición con una estructura oficial impuesta desde el exterior. Principalmente, cuando hay cambios en el equipo y estos cambios se organizan desde afuera (designación de un nuevo coordinador, despido de un miembro del equipo).

Existencia de un inconsciente colectivo: es la historia común vivida por el grupo, por su existencia colectiva, su pasado. Es fuente de problemas latentes o de «puntos sensibles» que, sin estar presentes en la memoria actual, forman parte de la vida del grupo y de sus reacciones.

Por otra parte, el grupo no es consciente de los fenómenos psicológicos determinantes de la conducta de sus miembros y éstos, a su vez, no son conscientes de los fenómenos psicológicos que determinan su conducta dentro del grupo. Es por ello que la instancia de asesoría, muchas veces, puede revertir este “inconsciente colectivo” volcándolo en beneficio del grupo y sus integrantes. Esto puede ocurrir, principalmente, cuando los miembros antiguos de un equipo ven que la sobrevivencia del grupo está en riesgo. Este “inconsciente colectivo” hará que surjan conductas negativistas, opositoras, es decir, de boicot a lo nuevo. Así las cosas, lo ideal es que lo nuevo llegue en forma transparente, paulatina y con señales de respeto a la historia de la agrupación o de los miembros previos.



Establecimiento de un equilibrio interno: a través de las vicisitudes de su existencia, el grupo engendra un doble sistema de equilibrio: interno y externo, es decir, en su seno y en relación con su contexto. Cuando este equilibrio es roto por los acontecimientos, si el grupo resiste y vive, tiende a reconstruir un nuevo equilibrio.

También es importante recordar que todos los grupos tienen procesos, que corresponden a la relación continua entre los diferentes elementos que lo componen. Estos procesos se subdividen en: atmósfera, conflicto y estructura de grupo.

Atmósfera de grupo: disposición hacia el trabajo grupal. Actitud unificada de los participantes frente a las preocupaciones del grupo. Valor emocional que cada miembro impone a su relación con los otros. La disposición colectiva lleva a sus integrantes a un fuerte sentido de cohesión y pertenencia. Una atmósfera facilitadora permitirá la expresión espontánea y un esfuerzo por alcanzar tolerancia en el curso de las tareas. Tolerancia es la capacidad de admitir diferencias con respecto a uno mismo.

Conflicto de grupo: existencia de sentimientos compartidos y opuestos en una misma situación. Es esencial el conflicto en el grupo para la realización o la creatividad de las tareas. Existen cinco medios por los que el grupo puede resolver sus conflictos: **eliminando la oposición, subyugando la oposición, formando alianza para dominar a los opositores, llegando al compromiso con la oposición y, por último, integrando las ideas con el fin de hallar nuevas soluciones** (haciendo de las diferencias, "creatividad").

Estructura del grupo: se define como la organización interna. La estructura implica también las decisiones sobre reglas, límites y procedimientos, existiendo una relación estrecha entre dos elementos: **la independencia** (cuando los miembros del grupo se dejan guiar por sus propios sentimientos, impresiones y juicios; en el caso contrario estamos frente a una dependencia) y **la interdependencia** (estos grupos son más propensos a evitar dependencias de una sola persona, lo cual les permite mantener la autonomía en su pensamiento).

2. Etapas de crecimiento de los grupos

Es importante señalar que los grupos tienen etapas de desarrollo. La teoría de las etapas del crecimiento del grupo fue desarrollada por William Schultz. Los términos que este autor utiliza son: Inclusión, Control y Afecto.

Los grupos comienzan preocupados por la inclusión, pasando luego al control y posteriormente al afecto. El ciclo, sin embargo, comienza a diferentes profundidades y niveles. Cuando las preocupaciones de una fase son suficientemente resueltas, el grupo pasará a la otra fase. Una vez que el grupo termina el proceso, la secuencia final será: Afecto - Control - Inclusión.

Etapas del Crecimiento de los Grupos	
INCLUSIÓN	<p>ADECUADA: la asistencia que se da al grupo es grande. Los miembros ausentes son informados. Las necesidades de los miembros son reconocidas y aceptadas; la participación es general. El grupo tiene una idea clara sobre sus objetivos. Sus miembros están comprometidos con esos objetivos y trabajan cooperativamente para lograrlos. Existe lealtad y sentido de grupo. Todos los miembros son aceptados.</p> <p>INADECUADA: la asistencia al grupo es pequeña. Las personas raras veces llegan a tiempo. Los ausentes no son informados del lugar de la próxima reunión ni de los temas tratados. Hay miembros que se sienten excluidos del grupo. La interacción es escasa, al igual que la participación. Faltan objetivos claros; ser miembro tiene poco sentido y, por consecuencia, no hay identidad de grupo y abunda la falta de confianza.</p>
CONTROL	<p>ADECUADO: el proceso de toma de decisiones es claro, los conflictos son aceptados y tratados abiertamente. Se comparten las funciones de liderazgo; el poder está distribuido y no hay necesidad de estructuras de control rígidas. El grupo camina basado en decisiones, hay muchos contactos. El grupo es productivo y asume la responsabilidad de sus actos. La cooperación es grande y sus miembros se respetan mutuamente.</p> <p>INADECUADO: el proceso de toma de decisiones es pobre. La lucha por el poder es constante y debilitante, se hace evidente la ausencia de liderazgo. Hay pugnas constantes. Los individuos son irresponsables y dependientes. Las decisiones son impuestas, hay una oposición indiscriminada. Algunos miembros procuran dominar. La tendencia del grupo es volverse altamente estructurado y, por ende, burócrata en el tiempo.</p>
AFECTO	<p>ADECUADO: la comunicación es válida, es decir, abierta, sincera y honesta. Los sentimientos son expresados libremente. Los miembros confían los unos en los otros. Las personas se aprecian mutuamente con libertad para ser diferentes. Hay receptividad para las nuevas ideas y para el cambio, los miembros tienen el sentido de cercanía, comparten, participan y existe reciprocidad y apoyo. Se siente satisfacción de pertenecer al grupo, tanto dentro como fuera del lugar de trabajo.</p> <p>INADECUADO: la comunicación es inadecuada, casi no existe apertura. No hay confianza mutua de los miembros. Las "infracciones de las normas" son censurables. Las personas son hostiles a las nuevas ideas, muchas se sienten rechazadas. Reina abiertamente el egoísmo, el chisme y hay mucha insatisfacción en el grupo.</p>



Por último, Jorge Arnao, Terapeuta Grupal, entrega algunas características a considerar para que un grupo sea eficaz:

- a) Tener un liderazgo apropiado y confianza en él.
- b) Prestar atención al proceso grupal, procurando apoyar a sus miembros.
- c) Tener una idea clara respecto de sus objetivos.
- d) Procurar que los objetivos del grupo sean compatibles con los individuales.
- e) Poseer altas metas de producción posibles de ejecutar.
- f) Saber usar el recurso de todos los miembros del grupo.
- g) Tener miembros capaces de ejecutar sus tareas.
- h) Tener un proceso adecuado para la toma de decisiones y ejercer la autoridad.
- i) Tener técnicas apropiadas para la solución de problemas.
- j) Tratar abiertamente los conflictos.
- k) Tener una comunicación franca, honesta, abierta.
- l) Evaluar periódicamente los resultados y los procesos.

3. Funcionamiento del equipo

El trabajo de asesoría debe estar abocado, en este tópico, esencialmente a los roles y funciones de los miembros del equipo.

Las altas exigencias a las que está expuesto el equipo en cuanto a abordar eficientemente las diversas situaciones que implica la intervención, lleva muchas veces a que algunos de sus miembros asuman más responsabilidades y funciones que otros, desgastando las relaciones y haciendo también menos eficiente la intervención como conjunto. Esto implica, por lo tanto, revisar la distribución de tareas y responsabilidades de manera equitativa al interior del grupo de trabajo: número de sujetos asignados por profesional o técnico, distribución de actividades y horarios según capacidad de los distintos miembros, distribución de tareas y funciones de acuerdo con las necesidades planteadas por el equipo y según las problemáticas observadas, etc.

Asimismo, supone también aprender a compartir la responsabilidad de las acciones que ponen en riesgo la vida e integridad de los profesionales, por ejemplo: visitas domiciliarias, notificaciones, firma de informes que ratifican violencia o abusos, etc. Es importante que ante estas acciones se pongan de acuerdo para asistir acompañados, con todos los resguardos necesarios, tomando las decisiones y responsabilidades en equipo.

3.1. Dinámicas de relación al interior del equipo

Implica revisar en conjunto los estilos de comunicación y tipo de relaciones que se establecen. En equipos expuestos al abordaje de situaciones o problemáticas de riesgo, las dinámicas relacionales tienden a replicarse al interior del grupo de trabajo (frustración, desesperanza, desconfianza, negación, agresividad, etc.), afectando la comunicación y sentimientos en sus relaciones.

Asimismo, cuando los distintos miembros asumen funciones asociadas con los diversos sujetos de intervención (el niño/a o adolescente, los padres o familia, la escuela, etc.), lleva a que también las relaciones se polaricen, asumiendo o “defendiendo” las diferentes posturas de los sujetos intervenidos, dificultando la objetivización de las problemáticas y produciendo muchas veces la fragmentación del equipo, deteriorando y desgastando las relaciones. Del mismo modo, los estilos de liderazgo al interior del grupo de trabajo será otro aspecto relevante de evaluar en conjunto: la intervención en situaciones y contextos de riesgo implica el trabajo colaborativo, de confianza y apoyo mutuo, basado en un estilo democrático de liderazgo, evitando replicar dinámicas jerárquicas y autoritarias que no se condicen con el tipo de relaciones que requieren establecerse en equipos que trabajan con problemáticas psicosociales graves.

3.2. Dinámicas de relación con redes externas

Las situaciones relacionadas con la validación del equipo en la comunidad y redes locales, y la coordinación con redes institucionales o externas al programa, son cuestiones que generan un gran gasto de energía adicional y frustración en los equipos. Esto se da principalmente en cuanto a la validación e inserción del grupo en contextos de alto riesgo (consumo de drogas y microtráfico, violencia, desconfianza y resistencia a la intervención) y en aspectos relativos a la validación y coordinación con redes institucionales relacionadas principalmente con solicitud de ingreso a programas, elaboración de diagnósticos, toma de decisiones frente a tribunales, etc.

Por ello es importante que el asesor inste constantemente a los equipos a desarrollar acciones y actividades dirigidas a darse a conocer, sensibilizar en las problemáticas que aborda, desarrollar acciones de validación e inserción en la comunidad y facilitar la coordinación y el acceso a redes adecuadas.



4. Autocuidado del equipo

El cuidado es el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para ésta. El autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento emocional, físico, estético, intelectual y trascendental del ser, en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. En relación con el autocuidado en los equipos, Barudy plantea, aplicando el concepto de justicia relacional de Bonszormengy-Nagy, que así como en la familia cada miembro aporta cuidados y protección a los otros para recibir a cambio cuidado y protección de éstos, los equipos también pueden brindarse cuidado y protección. Si el balance entre dar y recibir es justo, cada miembro se sentirá reconocido y respetado.

Respecto del autocuidado del equipo es importante considerar 3 puntos:

4.1. *Revisión del funcionamiento de equipo, desde la vivencia personal*

Debido a la alta carga emocional que experimentan los técnicos y profesionales que se ven enfrentados a las vivencias de los niños, niñas, adolescentes y familias en riesgo social, es fundamental revisar constantemente en la práctica clínica cómo esto afecta a la persona involucrada en el abordaje directo de estas situaciones; el nivel de involucramiento emocional con él o los sujetos de atención; la dificultad para poner límites adecuados; las vivencias relacionadas con la historia personal gatilladas en el contacto con los chicos y sus experiencias; sentimientos o “fantasías” generadas por el trabajo con el niño, la niña, el adolescente o su familia, etc.

Por ello, la revisión de dichos aspectos en un contexto grupal que facilite la expresión de estas situaciones en un ambiente de confianza y respeto mutuo, que potencie la contención emocional de los miembros del equipo, será fundamental como parte del autocuidado de los integrantes del equipo.

Otro punto relevante, que se ha visto en la práctica clínica de estos equipos es el autocuidado individual o cómo la persona se cuida a sí misma. Generalmente las temáticas con las que se interviene (consumo y microtráfico, violencia, maltrato y abuso, etc.) empiezan a “teñir” la emocionalidad y vida de la persona que trabaja en estos contextos, muchas veces produciéndose el fenómeno de la “contaminación” con el tema, generando saturación o rechazo a éste, lo que lleva finalmente al desgaste emocional y angustia del profesional. Por tal motivo, se recomienda que la persona pueda tener espacios “libres” de la temática, planificando tiempos en su rutina personal para el ocio, deporte o recreación, soporte en redes de apoyo o pares significativos, idealmente ajenos a la temática, etc.

4.2. *Espacios estructurados de autocuidado tanto personal como de equipo*

Es fundamental que tanto el equipo como cada persona planifique espacios estructurados para el autocuidado. En relación con el grupo de trabajo, será fundamental que en el diseño del proyecto se estructuren horarios, recursos y acciones para abordar el autocuidado.

Para ello será importante recordar lo siguiente:

- a) Definir un “responsable” del autocuidado, idealmente alguien externo al equipo; si esto no fuera posible, se sugiere que el responsable pueda rotar en el equipo para que todos tengan la experiencia de haber sido contenidos y acogidos en sus vivencias.
- b) Definir horarios y estrategias: reuniones técnicas de casos en equipo, reuniones de coordinación con otros equipos, jornadas semanales, quincenales o mensuales de autocuidado (idealmente al menos una mañana o tarde a la semana), incorporar espacios lúdicos o recreativos en las jornadas de autocuidado (incentivar el humor y el juego), etc.
- c) Designar recursos para las actividades de autocuidado, debe existir la posibilidad de planificar capacitaciones externas en las temáticas que el equipo requiera, encuentros de “buenas prácticas” con otros equipos, asesoría en temas específicos de expertos o docentes universitarios, etc.
- d) La asesoría clínica es una importante instancia de contención para el equipo y la revisión objetiva de las dinámicas descritas; este espacio puede constituirse como un factor protector del autocuidado del equipo en la medida que:
 - Instala un estilo fortalecedor de los propios recursos, que no genera desconfianza y permite la autoexploración de los profesionales a propósito de las personas atendidas.
 - Promueve la formación profesional y actualización constante de los miembros del equipo.
 - Permite algún grado de vaciamiento emocional en relación con casos clínicos complejos.
 - Se espera que el vaciamiento cuente con un espacio propio en la institución.
 - Promueve la inserción y participación activa del equipo en la red sociosanitaria.

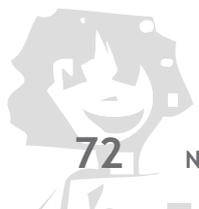


- Apoya el establecimiento de límites claros frente a la responsabilidad individual y grupal de cada usuario.
- Promueve en la institución el establecimiento de estrategias de autocuidado de equipos.

4.3. Aspectos administrativos y financieros

Como parte del autocuidado de los equipos es necesario, en conjunto con la supervisión, coordinar los aspectos técnicos con los aspectos administrativos de los programas. Las dificultades de orden laboral, administrativo o financiero son elementos externos que generan alta incertidumbre y desgaste al interior de los grupos. Por ello, es fundamental coordinar acciones que apoyen la gestión, relacionadas con: traspaso de fondos en los plazos acordados; seguridad sobre la estabilidad y continuidad de los programas; aspectos administrativos para el personal (contrato, honorarios convenientes, seguro de salud, jornada laboral adecuada, etc.).

Junto con seguir avanzando en el mejoramiento de estas condiciones básicas, se requiere también considerar elementos que aseguren el buen funcionamiento y la cohesión del equipo en su dinámica interna y que, al mismo tiempo, sirvan para detectar aquellas señales que indican agotamiento emocional y poder abordar a tiempo los problemas que emerjan en su interior. Todos ellos, elementos necesarios de considerar en el abordaje del autoconocimiento como parte de la política institucional del programa.



VII.

Contenidos de la asesoría

En base a la experiencia de las asesorías implementadas durante los años 2005 y 2006 por el *Programa de tratamiento para población específica de niños, niñas y adolescentes y sus especificidades*, los temas abordados con más frecuencia en las reuniones de asesoría corresponden al análisis de intervenciones terapéuticas individuales, grupales y familiares, así como el abordaje de apoyo en red, aspectos ligados a la comorbilidad de los sujetos y la realización de un diagnóstico integral.

1. Intervenciones terapéuticas con perspectiva evolutiva

Los programas dirigidos al tratamiento y rehabilitación de adolescentes con consumo problemático, deberían contar con las siguientes acciones que los diferencien de los programas que históricamente fueron dirigidos al adulto. Estas acciones deberían ser parte del material de asesoría:

- Evaluar al individuo en el contexto de un modelo comprensivo con una perspectiva evolutiva.
- Con enfoque multidisciplinario.
- Con cuidados asistenciales continuos y de intensidad apropiada a cada sujeto.
- Con enfoque de resiliencia (descrito como uno de los principios fundamentales en la intervención).



- Con la presencia de una figura vincular significativa prosocial.
- Con la presencia de un coordinador o encargado del caso, que permita orientar las acciones, coordinar las distintas instancias de la red, supervisar el tratamiento y la reinserción familiar, grupal, escolar. Una figura que le permita al adolescente un enganche vincular diferente y más expedito. En caso de que sea necesario, que permita una derivación asistida.

Con prestaciones en salud que se relacionen estrechamente con actividades de reinserción escolar y social: apoyo psicopedagógico o de terapia ocupacional, en donde lo lúdico sea un elemento de motivación; actividades recreativas que consideren intereses individuales: música, corporalidad, movimiento, creatividad, etc.

Trabajo en red de una forma más amplia, considerando establecimientos educacionales, la calle, los espacios de empoderamiento, etc.

Los programas que trabajan con adolescentes deben considerar la multiplicidad y rapidez de los cambios biopsicosociales que ocurren en esta etapa y la necesidad de la identificación precoz de los factores y las conductas de riesgo.

Dado que el adolescente concurre muy poco a los programas de tratamiento, en general, cada encuentro debe ser una oportunidad de evaluación e intervención, con miras a la integralidad, pero favoreciendo la vinculación y el enganche.

Las claves del éxito de los programas que quieren llegar efectivamente a un adolescente, pueden ser las siguientes: establecer una relación empática -no estigmatizante- asegurando confidencialidad en la atención y evitando asumir un rol tanto parental como de un adolescente (poniéndose a su altura, imitándolo); siempre en clave adolescente, estimulando autonomía y responsabilidad, escuchando activamente (observando, comunicación no verbal y haciendo preguntas abiertas), estimulando fortalezas, estableciendo alianza terapéutica, promoviendo un ambiente adecuado y un acceso fácil al programa e incluyendo a la familia o figura vincular significativa prosocial, además de algunas instituciones y establecimientos de la red, principalmente a aquellos profesionales, técnicos o equipos que ya hayan creado un lazo de confianza con él.

2. Proceso diagnóstico

El diagnóstico es el elemento central que debe estar presente “siempre” en todo sujeto de atención que ingresa a un programa de tratamiento. En las asesorías realizadas se pudo ver una estrecha relación entre las dificultades presentadas desde el punto de vista clínico, y las falencias en torno a la precisión diagnóstica, de un modo estructurado y que respetara las distintas dimensiones y áreas de análisis.



Las dimensiones y áreas de análisis a asesorar son las siguientes:

- a) Confirmación diagnóstica del consumo problemático.
- b) Decisión de modalidad de tratamiento.
- c) Diagnóstico integral: dimensión biopsicosocial (en donde se incluye la comorbilidad).
- d) Diagnóstico integral: dimensión ligada al consumo.
- e) Elaboración de un Plan Integral de Tratamiento (PIT).

Con respecto al diagnóstico integral, la tabla siguiente muestra las dimensiones biopsicosociales y ligadas al consumo, que deben ser consideradas en este proceso:

Dimensiones del Diagnóstico Integral	
Dimensión biopsicosocial	Dimensión ligada al consumo
<ul style="list-style-type: none">• Salud física y mental: salud física general, salud sexual y reproductiva, y salud mental.• Desarrollo psicoemocional: capacidad adaptativa.• Familia: figura vincular o contenedora y sistema familiar.• Reparación.• Socialización y modulación de conductas transgresoras.• Integración social: vida de calle, escuela o liceo, grupo de pares, comunidad y recreación y tiempo libre.	<ul style="list-style-type: none">• Edad de inicio de consumo.• Sustancia o droga consumida.• Frecuencia del consumo actual.• Consumo sostenido.• Consumo socializado o no.• Vía de administración.• Consecuencia de la intensidad del consumo.• Criterios de dependencia.• Motivación al consumo.

La tabla anterior está basada en el Patient Placement Criteria (PPC 2-R) y ha sido acordada por un grupo de expertos convocados por CONACE y MINSAL, e incluidas en el Protocolo Operativo del Convenio CONACE – FONASA – MINSAL 2006.

En este ámbito es importante asesorar los instrumentos clínicos utilizados, tales como la ficha clínica, escalas de valoración clínica, evaluaciones psicológicas, evaluaciones sociales, etc.

Un diagnóstico físico y psiquiátrico cuidadoso es fundamental y crítico para el éxito de tratamiento, ya que los adolescentes que presentan un consumo perjudicial de alcohol y de drogas, generalmente acumulan un sinnúmero de factores de riesgo e indicadores de daño, tanto físico como de salud mental.



3. El vínculo terapéutico para un proceso motivador

“El riesgo de inadaptación y la inadaptación misma no surgen al azar, sino que son generalmente el resultado de experiencias evolutivas que aumentan la probabilidad de riesgos específicos. Las conductas agresiva y/o abusivas tienen que ver con el amor, la cólera y el miedo que surgen en el proceso de la interacción humana, aprendidas esencialmente en los primeros años de vida de la interacción familiar, en un proceso de desarrollo vincular” (Crittenden, 2002).

La vinculación es el proceso de construcción de un lazo emocional que caracteriza el mundo relacional del adolescente, en el que se distinguen tres áreas fundamentales:

Área Intrapsíquica

Caracterizada por las relaciones de objeto, que son ligaduras estables dispuestas a perpetuarse, pero susceptibles de modificarse por experiencias personales significativas. Los significados originados en esta área se orientan hacia adentro y se irradian hacia fuera, “coloreando el mundo y la relación con los otros”. Es fundamental considerar que muchas de las experiencias personales significativas en grupos de adolescentes en vulnerabilidad social, y principalmente en aquellos que son infractores de ley, están relacionadas con situaciones traumáticas, violencia, malos tratos; en el contexto de vínculos familiares desorganizadamente estables.

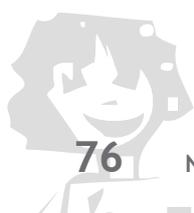
Área Intersubjetiva o Interpersonal

Caracterizada por la presencia de ligaduras estables entre dos objetos. Representantes de estos vínculos son los familiares: de pareja, de filiación, de hermanos. Es en esta área en donde aparece la figura del terapeuta o cuidador, existiendo también en esta dimensión sujetos con uniones significativas para los adolescentes, pero no necesariamente protectores (por ejemplo, proxenetas en adolescentes vinculadas al comercio sexual).

Área Transubjetiva

Son las representaciones ligadas a la ideología, la “ley”, la política, la religión y la ética. Elemento muy importante a considerar, pues la relación que establece el adolescente con un “otro” se va a teñir, en tanto ese “otro” puede representar “la ley”.

Por lo tanto, se debe subrayar la importancia del vínculo terapéutico en el logro de los cambios que pueda experimentar el adolescente, facilitando principalmente el cambio



emocional y, más concretamente, los aspectos de enganche, acogida, apoyo y empatía. Es fundamental, además, que este cambio se dé en un contexto caracterizado por un ambiente relacional facilitador.

De acuerdo a Barudy, la relación terapéutica debe tener las siguientes características:

- a) **Estructura:** el o la terapeuta, si bien debe proveer una relación eminentemente nutricia o cálida, también debe ser fundamentalmente estructurante, similar a una estructura clara y consistente, provista de un cuidador sensibilizado y apropiadamente responsivo, "saludable". La estructura es consistente y predecible, permitiendo al sujeto sentirse lo más tranquilo, seguro, protegido y confiado. Esta relación-estructura debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades de desarrollo del individuo. Por ejemplo, el terapeuta informa al niño, niña o adolescente sobre las reglas de la terapia y el centro donde está acogido, y juntos establecen un contrato explícito. El contrato define las responsabilidades del sujeto y del terapeuta y las metas que ellos esperan lograr.
- b) **Sensibilidad:** el o la terapeuta es sensitivamente sensible a las necesidades del niño, niña o adolescente, a sus sentimientos y a sus modelos de trabajo interno. El terapeuta provee el mensaje: "Sé lo que necesitas para sentirte protegido, yo satisfaré tus necesidades". Por ejemplo, es comprensible que la hostilidad y modo de controlar del chico o chica sea en realidad una estrategia defensiva para protegerse de sus sentimientos de vulnerabilidad, inseguridad y miedo.
- c) **Empatía:** el o la terapeuta debe mantenerse proactivo, empático, cálido y cuidador, más que reaccionar negativamente a la hostilidad o la distancia o indiferencia del chico. El mensaje es: "Tan tristes son todas esas cosas que te pasaron, siento que hayas sido tratado de ese modo; entiendo lo que tú sientes y cuánto dolor hay en ti".
- d) **Afecto positivo:** el o la terapeuta debe mantenerse en una actitud positiva, particularmente cuando el adolescente está actuando su sufrimiento (acting-out); por ejemplo, abuso verbal, indiferencia, actitud desafiante. Esto previene de revivir patrones disfuncionales tales como cuando él o ella, directamente o inconscientemente, "invita" al cuidador a ser rechazante, furioso o abusivo. El mensaje para el chico o chica es: "No permitiré que controles nuestra relación de un modo destructivo y no saludable". Esto propicia modelar afectos positivos, también como un espacio-tiempo apropiadamente limitado.



- e) **Apoyo:** el o la terapeuta también provee una especie de bastón o muleta de apoyo, ajustado a las necesidades y capacidades del chico o chica en particular. Durante la fase inicial de tratamiento (1ª fase) el terapeuta enfatiza las reglas, expectativas y consecuencias naturales. A medida que la intervención progresa se va focalizando en reforzar y celebrar los logros de independencia y avances del chico o chica.
- f) **Reciprocidad:** (la prueba de la galleta) el o la terapeuta guía al chico o chica hacia una relación recíproca basada en el respeto y sensibilidad mutuos. Esto comienza con el establecimiento de un fundamento o base para el apego seguro (seguridad, protección y obediencia básicas a un cuidador saludable). El chico comienza a aprender a balancear sus propias necesidades con las de los otros.
- g) **Amor:** apego seguro es sinónimo de amor; la habilidad de sentir un cuidado especial y genuino y un compromiso con otro ser humano. Los niños, niñas y adolescentes con trastornos de apego son generalmente incapaces de experimentar y demostrar amor hacia ellos mismos y hacia otros, debido al vacío en la relación temprana de apego, necesaria para crear este sentimiento. La terapia del apego provee ese contexto relacional y guía al sujeto a un lugar donde el amor, repentinamente, se convierte en una opción. Durante el curso de un tratamiento exitoso, un chico o chica comúnmente dirá: "Siento amor en mi corazón".

Desde esta perspectiva, el **vínculo terapéutico** cumpliría las siguientes funciones: entrega un soporte, tranquiliza, reorganiza, conecta recursos tanto internos como externos, cambia el locus de control, permite abordar los patrones de conducta del otro, posibilita el surgimiento de la confianza y la bondad básicas. Por lo tanto, es importante evaluar y asesorar los **recursos terapéuticos** de aquellos que van a acompañar a los adolescentes en este proceso.

Según Barudy, estos recursos serían los siguientes:

- Capacidad de vincularse.
- Inteligencia emocional (empatía).
- Capacidad de reflexionar y pensamiento crítico.
- Reciprocidad conductual.
- Ternura agresiva.
- Compromiso ético-político.

Dentro del conjunto de adolescentes de alta vulnerabilidad, existe el grupo de infractores de ley; en ellos se describen aspectos específicos en relación con estilos vinculares o de apego.

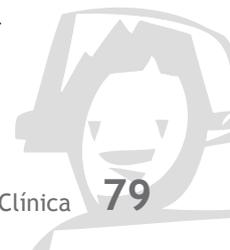
Existe un sólido cuerpo de evidencias que demuestran la relación probabilística entre estilos de apego ansiosos y psicopatología en los primeros años, así como en la adolescencia (Greenberg, 1999). Por ejemplo, en una muestra de niños en riesgo social, se logró asociar estilos de apego inseguros con dificultades posteriores en la adolescencia, tales como pobres relaciones entre pares, irritabilidad y síntomas de agresión y depresión (Winfield y cols., 1999). Otros estudios longitudinales han encontrado relaciones entre estilos de apego desorganizados y agresividad preescolar (Lyons Ruth, 1995; Lyons Ruh y cols., 1989, Shaw y cols., 1997).

El apego ansioso, se tiende a relacionar con grados de depresión más intensos (Armsden y Greenberg, 1987, citados en Fonagy, 1999), ansiedad, enfermedades psicosomáticas y mayores niveles de hostilidad (Hazan y Shaver, 1990). El apego desorganizado es el patrón que por excelencia favorece la aparición de conductas desaptadas (Lyons Ruth, 1997), y más específicamente del trastorno de conducta (Fonagy y cols., 2004). Por lo tanto, las condiciones causales que explican los trastornos de conducta están relacionadas con el subpatrón ambivalente, asociado a un estilo de crianza poco atento, impredecible y, en algunos casos, no protector, y también con el estrés de cualquier clase junto a la violencia intrafamiliar.

4. Vulnerabilidad clínica y comorbilidad

Un gran número de adolescentes que ingresó a los planes de tratamiento durante los años 2005-2006, pertenece al grupo de alta vulnerabilidad social, es decir, sujetos cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos, caracterizado por historias de carencia y maltrato (rupturas de lazos familiares, abandono, abuso sexual, fracaso o deserción escolar, entornos en los que prima la violencia, el microtráfico de drogas y/o los patrones de conducta delictuales, entre otros). Podemos hablar por lo tanto, de aquellos adolescentes que se desarrollan en contextos de **vulnerabilidad social**, en donde se pone en evidencia la relación entre sus recursos y las oportunidades que les ofrece la sociedad. En la mayoría de los casos, como parte de esta vulnerabilidad social, emerge la **vulnerabilidad clínica**, en donde se aprecia la relación entre los aspectos deficitarios y las potencialidades del sujeto, que puede ser amplificada o inhibida por los distintos factores de contexto, y que tiene su expresión en la **salud física y mental del mismo**.

Generalmente, la expresión clínica de las dificultades está cruzada por aspectos ligados al abandono y a los malos tratos, en donde aparecen adolescentes con las siguientes características: impresión de extrañeza familiar, cambios imprevisibles de conducta, saltos de humor permanentes, intensidad de reacciones afectivas -tanto positivas como nega-



tivas-, reivindicaciones brutales, alta agresividad y desinvestimientos abruptos. A la luz de estos hallazgos, se puede señalar la carencia afectiva, pues estas conductas son las más susceptibles de hacer suponer una patología carencial antigua en un adolescente (Chartier, 1999).

Otras características clínicas de estos adolescentes son: la dificultad a acceder a la dimensión simbólica, lo que se manifiesta a través de las perturbaciones de las funciones de lenguaje y cognitivas, es decir, retraso y mala calidad del lenguaje, tendencia a utilizar un sistema de comunicación basado en palabras claves (elementos muy rudimentarios como la palabra-frase), el no término de frases que permanecen en suspenso, la ortografía fonética y la sintaxis profundamente alteradas. En el plano cognitivo aparecen las desarmonías cognitivas y del contenido del pensamiento (Bernard Gibello, 1985).

Se observa también, una importante dificultad para representar acciones pasadas y presentes, al igual que para anticipar acciones futuras. La desorientación espacial es frecuente y, por lo general, se trata de adolescentes con problemas para construirse una historia.

En el plano sensorial también existen bastantes dificultades; es así como Lemay (1975) lo ilustra: "La multitud de personas que se ocupan de un niño privado de madre, ha creado una discontinuidad sensorial, temporal y espacial".

El adolescente carenciado vive en el presente inmediato sin ninguna objetividad respecto del tiempo pasado, y la posibilidad de proyectarse en el futuro es particularmente deficiente.

En adolescentes de alta vulnerabilidad social, especialmente aquellos que pertenecen al grupo de los infractores de ley, se evidencia una importante asociación a co-morbilidades (Bloom, 2005; Dorothy Otnow-lewis 2002, 2004, 2005; Kaplan y Cornell, 2004; De la Peña, 2006).

Entre las comorbilidades más prevalentes, están presentes las siguientes:

- TDAH
- Trastornos del ánimo.
- Autoagresiones e intentos de suicidio.
- Trastorno del desarrollo de personalidad: Línea Border-line.
- Desarrollos psicopáticos.
- Trastornos disociativos graves.
- Cuadros psicóticos.

La superposición de factores (individuales, familiares, escolares, comunitarios), la presencia de un desarrollo dinámico y en presencia de una vulnerabilidad clínica, hacen que la comprensión, el diagnóstico y, por lo tanto, la intervención clínica en estos adolescentes “difíciles”, principalmente infractores de ley, sean de alta complejidad.

Barudy & Dantagnan resumen en el siguiente cuadro, las consecuencias de los procesos traumáticos en el individuo:

Consecuencias de los Procesos Traumáticos	
Áreas	Consecuencias
En el área afectiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la empatía. • Trastornos emocionales. • Trastornos de la autoestima.
En el área cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cognitivos. • Trastornos disociativos. • Trastornos de la identidad.
En el área conductual.	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas autodestructivas. • Violencia hacia los demás. • Consumos de sustancias.
En el área relacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del apego o la vinculación.
Trastornos en la capacidad de reflexión ética.	<ul style="list-style-type: none"> • El hecho de que sean los adultos quienes provocan daño, hace que el modelo ético que recibe y aprende el niño esté condicionado por esa experiencia.

5. Aspectos ligados al uso de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes

En la actualidad, se diagnostican con mayor frecuencia trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes. Diferentes estudios muestran que cerca el 20% de la población menor de 18 años presenta algún trastorno mental, representando de esta manera un problema de salud pública con repercusiones a largo plazo.

No obstante, es preciso tener presente que la mayor parte de estos niños, niñas y adolescentes no es llevada a consulta psiquiátrica, por presentar síntomas leves que deterioran poco el funcionamiento académico, familiar y social de los afectados, así como que los padres se niegan a una valoración por psiquiatría una vez remitidos por el médico general o el pediatra. Además, algunos estudios informan que estos profesionales tienen dificultad

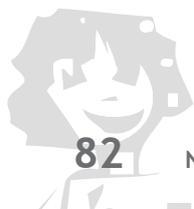


o poco entrenamiento para identificar el espectro de trastornos mentales que se pueden presentar durante la infancia y la adolescencia. Cuando estos trastornos se asocian, tienen su origen (en parte) o bien, son una consecuencia del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes, el diagnóstico es aún más complejo. También se ha visto de parte de médicos, equipos clínicos y psicosociales y, por último, de familiares, cierta resistencia a remitir pacientes a valoración psiquiátrica o a ver el consumo perjudicial de sustancias como un problema. Con frecuencia remiten a aquellos con síntomas conductuales disruptivos severos, demorando el diagnóstico y tratamiento, y ensombreciendo de este modo el pronóstico. Frente a este tipo de diagnóstico, se plantean ciertas modalidades de tratamientos.

Los psicofármacos representan una de las alternativas de complemento para el abordaje integral de los trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia, en el contexto de un consumo problemático, o bien, comorbilidad. Otras alternativas o medidas complementarias son la terapia ocupacional, la terapia de familia, la psicoterapia individual cognoscitiva o conductual y las intervenciones en grupo, como ya lo hemos referido ampliamente.

Bukstein, 2004; Mack and Frances, 2003; y Winters, 1999; plantean que el abordaje de las dependencias en adolescentes debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados. Por lo tanto, la intervención farmacológica requiere una **evaluación cuidadosa y minuciosa del estado físico y mental** del niño, niña o adolescente. Se deben identificar los síntomas, las conductas o los comportamientos que representan problema para él o ella o para los padres. Además, es necesario solicitar algunos exámenes paraclínicos del estado general y otros, de acuerdo con el medicamento que se considera indicar.

Por lo general, se inicia con el medicamento de primera elección, **iniciando siempre con dosis bajas**. Sin embargo, para la elección del fármaco a administrar se precisa tener presente la comorbilidad. Siempre es prudente informar al niño, niña o adolescente los beneficios, los efectos secundarios más comunes, la frecuencia de los mismos y la disponibilidad y efectividad de otras alternativas terapéuticas para los síntomas-problema. Igualmente, esta información se comparte con los padres y se deben aclarar todas las dudas, inquietudes y mitos sobre la medicación en estas edades, haciendo un balance del riesgo-beneficio.



Principios Básicos del Manejo Farmacológico en Niños, Niñas y Adolescentes

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



Los medicamentos constituyen una alternativa dentro de las posibilidades de abordaje de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Sin embargo, se ha identificado un grupo de trastornos en los cuales la estrategia farmacológica representa el pilar del manejo.

- **Estimulantes:** en este grupo se encuentran el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina (se ha disminuido mucho el uso de esta última por los graves efectos hepáticos que puede llegar a producir).

Los estimulantes son los medicamentos de primera elección en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El metilfenidato tiene un rango terapéutico estrecho y es imposible predecir la respuesta clínica a partir de factores como la edad del niño o niña, la masa corporal, el nivel de hiperactividad o desatención o los niveles plasmáticos de metilfenidato.

Es preciso iniciar con dosis bajas y hacer los ajustes dependiendo de la respuesta clínica y la tolerancia. Los efectos adversos guardan relación directa con la dosis administrada. Los efectos secundarios más comunes son disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para conciliar el sueño, dolor abdominal, cefalea, irritabilidad, llanto fácil o estado de ánimo francamente depresivo, somnolencia e intranquilidad. Los estimulantes poseen efectos cardiovasculares con un discreto aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial que, por lo general, no representan un riesgo importante.

De la misma forma, los estimulantes pueden inducir tics motores o vocales, los cuales tienden a desaparecer con la reducción de la dosis o con el retiro del medicamento, por lo que no se aconseja administrar estimulantes en niños, niñas y adolescentes con trastornos por tics. Diversos datos sugieren que el uso de estimulantes en portadores de TDAH, reduce en forma significativa el riesgo de abuso de sustancia.

- **Antidepresivos:** los antidepresivos son un grupo disímil de fármacos, de uso frecuente en un número importante de trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia. Estas sustancias, inicialmente, producen inhibición de la recaptación de dopamina, noradrenalina o serotonina.

Los **antidepresivos tricíclicos** han sido los más utilizados. Por lo general, su administración se asocia con efectos anticolinérgicos y antihistamínicos molestos como visión borrosa, boca seca, constipación, sedación y aumento de peso. Antes de iniciar un antidepresivo tricíclico se debe solicitar un electrocardiograma basal y algunos durante el seguimiento, puesto que se han informado casos de muerte súbita, en particular con desipramina. Además, el manejo de los antidepresivos tricíclicos debe ser cuidadoso por la posibilidad de intoxicación con o sin intención. Los antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), como grupo, muestran un menor número de



efectos indeseables comparados con los tricíclicos. Estos medicamentos pueden producir molestias gástricas, diarrea, cefalea, intranquilidad, mareos y escalofríos.

De los antidepresivos con acciones dopaminérgicas, bupropión se emplea cada vez más en esta población. Por sus acciones dopaminérgicas puede agravar o precipitar la aparición de tics en niños y niñas susceptibles, y se ha observado que puede inducir erupciones cutáneas en un 15% de los tratados. Además, está contraindicado en adolescentes con historia de trastornos de la conducta alimentaria y cuando existe historia de síndrome convulsivo.

Los antidepresivos están indicados para el manejo de los trastornos depresivos, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los antidepresivos tricíclicos, particularmente la imipramina, ha mostrado eficacia en el manejo de niños, niñas y adolescentes con enuresis y trastornos de sueño; de manera específica parasomnias, como pesadillas y terrores nocturnos. Es importante tener presente que durante los últimos años se ha cuestionado la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de los trastornos depresivos en niños, niñas y adolescentes. A pesar de la poca evidencia a favor, los tricíclicos se siguen considerando una alternativa farmacológica de segunda línea en trastorno depresivo mayor. Estudios mejor diseñados muestran una mayor respuesta con fluoxetina y apoyan su uso como el medicamento de primera línea en el manejo de la depresión en esta población.

- **Estabilizadores del estado de ánimo:** estos medicamentos están indicados de manera principal en el manejo farmacológico profiláctico del trastorno bipolar en niños, niñas y adolescentes. El carbonato de litio y algunos anticonvulsivantes son los medicamentos empleados con este propósito.

El carbonato de litio es medicamento de elección en la profilaxis del trastorno bipolar. Se administra en dosis que oscilan entre 10 y 30 mg/kg/día. Se necesita monitoreo clínico y sérico de los niveles de litio en la sangre, debido a su margen terapéutico estrecho y los riesgos de toxicidad. Los efectos indeseables más comunes son la sedación, poliuria y temblores. En adolescentes puede precipitar brotes de acné.

Los anticonvulsivantes más utilizados en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes son carbamazepina y ácido valproico. De uso más reciente son la gabapentina y lamotrigina. Los efectos secundarios más frecuentes asociados con la administración de anticonvulsivantes son la sedación, náuseas, vómitos e intolerancia gástrica.

Es menos frecuente observar leucopenia, hepatitis o dermatitis exfoliativa; no obstante, se necesita control hematológico y pruebas hepáticas. Además de la indicación en trastornos bipolares, los estabilizadores del ánimo están igualmente indicados en trastorno esquizoafectivo y pueden ser alternativas en casos de trastorno por déficit de atención



e hiperactividad que no responden, o con baja tolerancia a metilfenidato. De la misma forma, han mostrado alguna utilidad clínica en el manejo de trastornos de conducta, para el control de síntomas como impulsividad o agresividad.

- **Ansiolíticos:** los ansiolíticos más rápidos en su acción son las benzodiazepinas. Su mecanismo de acción se centra en que potencian el efecto del neurotransmisor inhibitorio más importante, el ácido gamma-amino-butírico o GABA. Las benzodiazepinas más seguras y utilizadas en niños son alprazolam, clonazepam, diazepam y lorazepam. Los efectos secundarios más comunes y limitantes de su uso son la sedación, deterioro en el funcionamiento cognoscitivo y, de forma ocasional, desinhibición o excitación motora.

Es importante tener presente que los efectos ansiolíticos rápidos pueden significar un **riesgo de abuso y dependencia para pacientes adolescentes**. Las benzodiazepinas están indicadas para el manejo a corto plazo de trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, disomnias y parasomnias.

Asimismo, la buspirona, una sustancia con acción selectiva en el bloqueo de receptores de serotonina 1A (5-HT_{1A}), ha mostrado utilidad en el manejo de síntomas de ansiedad. Los efectos secundarios con dosis adecuadas son mínimos y usualmente de corta duración: náuseas, somnolencia e intranquilidad. De la misma forma, esta sustancia puede ser útil para potenciar el efecto de algunos antidepresivos en casos severos de depresión.

Está indicado el uso de benzodiazepinas para el tratamiento del síndrome de dependencia a alcohol en adolescentes (Deas and Thomas, 2001) - (Mayo and Smith, 1997; O'Brien, 2005; Vocci et al., 2005).

- **Antipsicóticos:** son un conjunto de medicamentos que basan su acción principal sobre el bloqueo de receptores de dopamina. Aunque estas sustancias metabolizan con mayor velocidad en la población infantil, se precisan dosis menores para alcanzar el efecto terapéutico. Además, los niños y niñas presentan una especial susceptibilidad a los efectos secundarios, mediada por una mayor densidad y sensibilidad de los receptores dopaminérgicos.

Los antipsicóticos se pueden dividir en dos grandes grupos: los de primera generación o clásicos, como haloperidol y tioridazina, que son los más usados en población infantil y adolescente; y los de segunda generación o atípicos, formados por medicamentos de más reciente introducción, con un perfil positivo de respuesta clínica y menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales y de cambios en los niveles de prolactina. Los antipsicóticos, usualmente se inician con dosis bajas y se aumentan en forma paulatina dependiendo de la respuesta clínica y la tolerancia al fármaco. Los efectos secundarios indeseables más frecuente son sedación, deterioro cognoscitivo, aumento de peso, acné y movimientos extrapiramidales, dependiendo del fármaco específico. Los antipsicóticos están indicados para el manejo de trastornos por tics, incluyendo trastorno de Tourette,

trastorno autista, esquizofrenia de inicio en la infancia o la adolescencia y, en algunos casos muy específicos, de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de conducta, considerando siempre el riesgo de discinesia tardía.

La tioridazina, en particular, se ha dejado de usar por consenso en la práctica de la psiquiatría infantojuvenil por el riesgo cardiovascular reportado.

Otro medicamento que tiene algunas indicaciones en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes es el propranolol. Los efectos secundarios más frecuentes y desagradables son cefalea, mareo y síncope, debido a la reducción de la presión arterial y la frecuencia cardíaca. De la misma forma, el propranolol tanto en adultos como en niños, niñas y adolescentes puede inducir episodios depresivos mayores. El propranolol puede ser útil en el manejo de síntomas de anticipación y autonómicos de ansiedad. Asimismo, ha mostrado eficacia el control de la irritabilidad y la agresividad, en particular en niños y niñas con trastornos generalizados del desarrollo o retraso mental.

6. El espacio residencial, un espacio de transición de las funciones parentales

La opción residencial en salud mental y drogas corresponde a una acción terapéutica inserta en un proyecto no psiquiatrizante de duración necesaria, trabajando sectores sanos y patológicos, donde el adolescente tiene el derecho a proponer. Esta acción terapéutica, enmarcada en un contexto institucional dando cuidados de mayor intensidad y continuidad, puede suponer un poderoso factor terapéutico (Basquin, 1995).

La hospitalización es coherente en cuanto a que responde al deseo de ruptura (con el entorno) implícitamente contenido en muchos pasos al acto de adolescente, como las autoagresiones, consumos de alto riesgo, actos suicidas, etc. Muchos de éstos, están a menudo encubiertos por la banalización y la negación.

Como el adolescente es un sujeto portador de una vida psíquica que organiza sus modalidades con el entorno, en este caso las modalidades serían organizadas con el entorno institucional. En el joven consumidor, estas modalidades de relación consigo mismo y con el entorno se verían afectadas por un sinnúmero de factores, especialmente relacionados con los cuidados familiares. Estas modalidades o espacios de relación son importantes, ya que deben ser tomados en cuenta cuando se desea realizar una intervención.

Dentro del espacio residencial se pueden distinguir varios espacios terapéuticos: el contenedor, el de reencuentro, el modulador, el afectivo (o maternal), el de insight y el de transición.



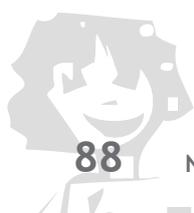
Estos espacios son los mismos que encontramos en la persona del adolescente y su entorno y, a la vez, estos mismos tienen su contraparte en múltiples acciones terapéuticas a realizar en el contexto institucional.

Funciones	Espacios	Acciones
De contención	Contenedor	Reglas de hospitalización. Estructura física de la residencia. Consentimiento informado, uso de fármacos, vinculación y motivación previa. Contención metodológica.
Relacional	Reencuentro	Grupos de T.O., sesiones de trabajo individual, visitas de padres, grupos de conversación, vida diaria en la residencia.
De modulación	Modulador	Ambiente residencial, metodologías.
Materna	Afectivo	Ambiente afectivo residencial, separación familiar.
De insight	Insight	Sesiones individuales de acompañamiento, actividades grupales, apoyo farmacológico. Evaluación psicológica. Inserción escolar, recreativa, social y familiar.
De transición	Transición	Fármacos, acompañamiento, modelaje de conductas pro-sociales.
De para-excitación	Para-excitador	

Modificado de: "Una experiencia de trabajo en equipo multiprofesional con adolescentes suicidas". Revista SOPNIA. Alejandro Maturana y cols., 2002.

El espacio residencial, por su función de separación real del medio externo y del medio-ambiente habitual, permite una protección contra la recidiva inmediata, una puesta a distancia de conflictos internos, una contención excitatoria contra objetos externos patógenos y persecutorios y un atenuante eficaz de la angustia. Todo esto permite una restauración narcisista vital que es un requisito necesario en la elaboración psíquica de los pasos al acto, realizados por los adolescentes (Pommereau, 1995).

Es imposible recurrir de golpe a la elaboración psíquica, y la residencia puede dar el tiempo necesario que permita al adolescente interrogarse sobre el sentido o significado de sus actos.



7. Adolescencia, drogas e infracción de ley

Numerosas investigaciones entregan evidencia de una mayor vulnerabilidad durante el proceso adolescente para iniciar conductas de riesgo en salud mental y adaptación social tales como: conductas disociales, violencia, consumo de drogas ilícitas y embarazo precoz. Estas manifestaciones son un fenómeno emergente, que amenaza la convivencia social y disminuye en estos jóvenes las posibilidades de ajustarse psicológica y socialmente en el futuro.

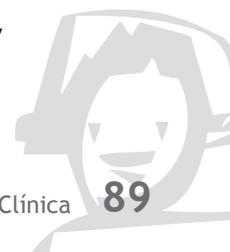
Actualmente, un tema de absoluta contingencia es el significativo aumento en los trastornos de conducta que se observan, cada vez en un mayor número, con una mayor gravedad y más tempranamente (Díaz, 2004), pues tanto en las estadísticas nacionales como en las mundiales ha ido en aumento la presencia de este fenómeno (aparición más temprana y cantidad de casos que se presentan).

“En los casos más severos de violencia juvenil, se puede observar un proceso que va en escalada, desde el déficit atencional hacia el trastorno oposicionista desafiante, y hasta llegar a los trastornos disociales, en los cuales se infringen los derechos básicos de los otros” (Almonte, 2003). Cabe señalar, que en la medida en que se manifiestan más tempranamente los trastornos disociales, se observa un peor pronóstico.

“Especial atención merecen las conductas antisociales y violentas realizadas por jóvenes en la última década en diferentes partes del mundo, por ejemplo en EE.UU. los delitos violentos perpetrados por jóvenes aumentaron un 154% en los últimos 10 años y en España los delitos cometidos por menores de 16 años se incrementaron en un 34% en la década del 90” (Urra & Clemente, 1997, citado en Alarcón, P., Vinet, E., & Salvo, S., 2005).

En Chile se ha observado un aumento de las conductas delictivas en niños y jóvenes de los diferentes sectores socioeconómicos, viéndose en la actualidad que estas conductas ya no están circunscritas sólo a los sectores de mayor vulnerabilidad. Paz Ciudadana ha informado que en el país, entre los años 1986 y 2002, las aprehensiones de menores de 18 años en conductas delictivas crecieron en un 398% y las condenas han aumentado en un 67% en jóvenes con edades que fluctúan entre los 16 y 18 años, lo que, comparado con lo sucedido con los adultos en el mismo tramo de años, muestra una significativa diferencia al tener un aumento de sólo un 13% (Werth & Sepúlveda, 2003). Esta realidad es similar a lo que ocurre como tendencia en otros países sobre desadaptación social, donde las cifras más altas de incidencia y prevalencia de la conducta delictual se alcanzan durante la adolescencia y adultez temprana.

Una de las descripciones clásicas de los adolescentes infractores de ley ha sido la de Rutter y Giller (1985), quienes los dividen en dos grandes grupos: el primer grupo socializado de jóvenes que forman parte de una subcultura delictual o pandilla, aprendiendo los valores privativos de esa cultura y realizan delitos aceptados dentro de sus grupos de referencia,



sin manifestar graves trastornos psicopatológicos; el otro, está conformado por jóvenes que no se han identificado con ningún grupo social, ellos presentan dificultades en las relaciones interpersonales y manifiestan mayor cantidad de trastornos psicopatológicos.

Farrington (1996) reorganiza los procesos y factores que inciden en el desarrollo de tendencias antisociales en niños y jóvenes de acuerdo a la interacción de tres dimensiones: a) grado de tendencia antisocial, b) decisión de cometer el delito, y c) inicio, persistencia y el desistimiento de la conducta delictual. Esta propuesta abre el espacio para reflexionar acerca del impacto de las variables psicológicas en estas tres dimensiones que intervienen en el fenómeno delictivo, y permite cuestionarse acerca de los criterios clínicos con los que cuentan la psicología clínica y la psiquiatría para explicar o describir el comportamiento delictivo.

Desde estas orientaciones, los criterios diagnósticos más usados para describir trastornos de conductas graves en la niñez y adolescencia son el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial. Se han realizado múltiples estudios longitudinales en poblaciones generales y clínicas de distintos países que avalan lo ya mencionado, demostrando que mientras más tempranamente se manifiesten los problemas emocionales y conductuales, existirá una mayor probabilidad de permanecer en el tiempo, convirtiéndose en confiables predictores de disfunciones posteriores tales como conductas antisociales, abuso de sustancia en la adolescencia y desórdenes psiquiátricos en la adultez (De la Barra, 2003).

De acuerdo a lo investigado, una de las correlaciones clínicas más importantes con los trastornos disociales que implican infracciones de ley, son los adolescentes que consumen drogas. Más del 60% de los adolescentes con TD tiene algún tipo de abuso o dependencia a alcohol y drogas (Kaminer, Y., 1999).

“Cuatro mecanismos que se han propuesto para explicar la relación entre el consumo de drogas legales o ilegales y los actos disociales son: 1) un crimen violento es un camino “fácil” para conseguir la droga; 2) la violencia (amenazas, golpes y heridas) puede ser una condición general para resolver las disputas entre quienes distribuyen las drogas; 3) el uso de sustancias y la conducta iracunda pueden tener factores causales similares y, por lo tanto, concurrir en determinados sujetos; y 4) ciertas sustancias incrementan la probabilidad de presentar conducta violenta, situación que se explica por sus propiedades farmacodinámicas (sus mecanismos y sitios de acción en el organismo)” (Pihl, R., 1997).

En Chile, se ha informado desde Paz Ciudadana, que el comportamiento delictivo y abuso de sustancias tiende a co-ocurrir con el comportamiento delictivo. En este sentido, también se ha confirmado que los factores de riesgo que anteceden al abuso de sustancias y al comportamiento delictivo son similares. Del mismo modo, se ha encontrado que ambos fenómenos se pueden influir bidireccionalmente. Es decir, el incurrir en comportamiento delictivo puede predisponer al abuso de sustancias, así como el abuso de sustancias puede predisponer al comportamiento delictivo (Hein, 2003).



Desde 2000, la percepción ciudadana sobre la facilidad de conseguir marihuana, cocaína o pasta base y la percepción de riesgo asociada a su uso se mantienen relativamente estables (Paz Ciudadana, 2006). En diversos estudios se ha asociado el consumo de ciertas drogas a determinadas conductas violentas. A continuación se presenta una breve síntesis al respecto:

El alcohol ha sido señalado como el tipo de droga con mayor asociación a la conducta violenta. Se ha encontrado que el cometer actos delictivos predice conductas de consumo de alcohol y uso de sustancias. Pero también se han descubierto hallazgos en estudios longitudinales relativos a que el mal uso de alcohol es predictor de cometer actos delictivos (Newcomb & McGee, 1989, citado en Barnes, G.; Welte, J.; Hoffman, J., 2002). Así también, para los adolescentes, el estar bajo los efectos del alcohol en instancias en que se puede perpetrar el acto delictivo, va a ser un factor fundamental al momento de llevar a cabo delitos serios. Según el Nacional Youth Survey, el abuso de alcohol también está asociado al incremento de ofensas violentas extrañas, pero no ofensas a la propiedad (Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996, op. cit.). El uso de alcohol y drogas está ampliamente ligado a actos violentos específicos como porte de armas y peleas físicas (Dukarm, Byrd, Auinger & Weitzman, 1996; DuRant, Krowchuk, Kreiter, Sinal & Woods, 1999, citado en Barnes, G., Welte, J., Hoffman, J., 2002).

En el transcurso de la adolescencia se ha relacionado el consumo nocivo de alcohol con la tenencia de armas en la escuela, especialmente entre los 15 y 16 años; en este grupo además, el alcohol está vinculado con la violencia y la delincuencia en general. Se suma a esto que su consumo puede llegar a ser un factor de riesgo para que en la adultez los jóvenes consumidores sean alcohólicos y para que desarrollen personalidad antisocial (Barnes, G., Welte, J., Hoffman, J., 2002). Según De la Peña Olvera (2003), al menos el 62% de los criminales violentos consumieron productos etílicos antes de llevar a cabo el delito por el que fueron arrestados. Por otra parte, la edad de inicio del consumo de alcohol está relacionada consistentemente con el uso de drogas ilícitas, convirtiéndose en muchos casos, en la puerta de entrada (Kandel, 1975; Welte & Barnes, 1985; Windle, Barnes & Welte, 1989). Moffit (1993, citado en Barnes, G., Welte, J., Hoffman, J., 2002) plantea que en los jóvenes donde persiste la conducta antisocial pasando a etapas más tardías, hay una asociación con el inicio temprano del consumo de alcohol. Si bien esta sustancia está relacionada con la conducta violenta, sobre todo en los hombres, tiene que ver también con la cantidad que se ingiera, ya que en grandes dosis fomentaría los actos violentos, mientras que en pequeñas cantidades tendría un efecto sedante.

Se ha demostrado que los psicoestimulantes como las anfetaminas, favorecen la competitividad y la excitabilidad, pero no existen datos concluyentes de que conduzcan a la violencia.



La cocaína incrementa la agresividad sólo en dosis altas en los individuos sanos no farmacodependientes; parece que los individuos que consumen cocaína son esencialmente más violentos que quienes no lo hacen.

Finalmente, sobre inhalantes y el PBC, existe poca investigación al respecto. CONACE señala que “fomentan las conductas agresivas, de mayor desinhibición y reacciones desesperadas para conseguir drogas” (www.conacedrogas.cl).

En CONACE también se señala que los jóvenes infractores de ley tienen contacto con grupos de traficantes, lo que da lugar a relaciones con lo ilícito, “códigos éticos alternativos y resolución inadecuada de conflictos”.

Por otra parte, el problema del abuso de sustancias volátiles (ASV) radica en que afecta casi exclusivamente a niños y adolescentes, ya que la mayoría de estas sustancias se consumen entre los 12 y 19 años. Originalmente se creía que tenían un consumo bajo, pero en el año 2000, Plant y Millar (citado en Best et al., 2004) reportaron que el consumo de pegamentos y otras sustancias volátiles son usadas por aproximadamente un 19% de la población consumidora.

A nivel psicoafectivo, Howard and Jenson (1999, op. cit.) encontraron que los consumidores de inhalantes mostraban una autoestima notablemente disminuida, ideación e intentos suicidas más frecuentes, y más altos niveles de criminalidad que sus pares que no utilizaban estas sustancias.



VIII.

Situaciones específicas

1. Embarazo

Aunque la sexualidad tiene importancia a lo largo de toda la infancia, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión por sus características biológicas, psicológicas y sociales.

Las intervenciones en salud sexual en la adolescencia tienen como objetivo, tanto reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para su vida actual y también para su vida adulta. Las intervenciones deberían estar centradas, a lo menos, en dos de las principales consecuencias adversas: el embarazo no deseado (END) y las infecciones de transmisión sexual (ITS), consecuencias que serán abordadas en el punto siguiente.

Tasas de fertilidad de adolescentes de 15-19 años en países seleccionados de América Latina y el Caribe (Tasas por 1000)			
Tasas menor a 100 por 1000		Tasas mayor a 100 por 1000	
Barbados	60	Jamaica	100
Chile	66	Rep. Dominicana	104
Venezuela	79	Granada	112
Ecuador	81	México	113
Cuba	82	Guatemala	123
Bolivia	83	Nicaragua	126
Trinidad y Tobago	90	Belice	137
Brasil	87	El Salvador	138
Colombia	88		
Costa Rica	92		
Haití	96		

Fuente: *El embarazo de las adolescentes en América Latina y el Caribe. Documento de trabajo de la UNICEF, realizado por Cheryl Davis.*



Para la investigadora Cheryl Davis, la mayoría de los embarazos precoces no se debe al desconocimiento por parte de las adolescentes de los métodos anticonceptivos ni a la falta de acceso a los servicios o métodos. Estudios realizados en Latinoamérica muestran que se explican más bien, entre otras razones, por la brecha existente entre la manera en que se suministra la información y se presta el servicio, y la forma en que éstos son percibidos y utilizados por la población adolescente. A menudo, es más bien la falta de privacidad en el acceso a dichos servicios, los mitos y estigmas que prevalecen en la sociedad acerca del embarazo y el uso de anticonceptivos, lo que impide que la joven utilice las prestaciones que se le ofrecen.

Davis también señala algunas de las normas socioculturales que contribuyen al comportamiento sexual cada vez más temprano de las niñas:

- El marco cultural de iniciación temprana de las relaciones sexuales.
- La necesidad de tener hijos para probar la feminidad, basándose en las percepciones sociales de este concepto.
- El poco valor y estima que la sociedad atribuye a la niña como mujer y como joven, y que se expresa en la falta de expectativas.
- La percepción de que el papel básico de la mujer es reproducirse y efectuar funciones domésticas.
- La poca estima que la niña siente por sí misma como resultado de las percepciones sociales.
- La baja condición de la mujer dentro de la sociedad y las pocas oportunidades que se le brindan.

Las jóvenes todavía están bajo la influencia de modelos aprendidos desde la niñez, que resaltan el papel femenino de servicio a los hombres, incluso en el plano sexual. A la vez, les llegan mensajes contradictorios sobre la sexualidad: por un lado, el énfasis en el valor de la virginidad y, por el otro, la presión ejercida por una creciente cultura de liberación sexual. A los jóvenes varones también se les empuja a probar su virilidad en términos sexuales y a través de la procreación. Sin embargo, por lo general, esto no se asocia con la idea de ser buenos padres o buenos compañeros ni con el desarrollo de su vida afectiva y su capacidad de ternura.

Dentro de las conductas de riesgo en adolescentes, las relaciones sexuales precoces sin protección y el consumo de alcohol y drogas van muy relacionadas entre sí, con consecuencias complejas para el desarrollo de estos chicos y chicas, entre ellas, las más frecuentes: embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.

Se considera un embarazo no deseado a la *concepción que, ni la pareja ni ninguno de los que la forman desea conscientemente, en el momento del acto sexual.*



Aunque la mayoría de los embarazos producidos en la adolescencia son no deseados, existe un pequeño porcentaje, variable según grupos étnicos culturales, que sí son deseados; otro de no planificados pero sí deseados más o menos conscientemente, por lo que pueden suponer un cambio de estatus afectivo (alguien a quien querer y que te quiera) y/o social (independencia social y económica de la familia de origen). Las consecuencias en estas situaciones no suelen ser tan negativas como las de los no deseados, aunque son bastantes comunes.

Las revisiones sistemáticas realizadas sobre las consecuencias del embarazo no deseado en la adolescencia, y que incluyen series temporales, estudios analíticos de cohortes y casos, y controles, han puesto de manifiesto que los adolescentes y sus descendientes tienen, en general, mayor riesgo de efectos adversos sobre su salud, así como repercusiones sociales, económicas y en educación.

Consecuencias adversas asociadas al embarazo en adolescentes				
Salud física	Salud mental	Educación	Socioeconómicas	En el hijo o hija
<ul style="list-style-type: none"> - Control tardío de la gestación. - Fumar durante la gestación. - Anemia e hipertensión en la gestación. - Complicaciones obstétricas. - Término del embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión posparto. Depresión y aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción o abandono de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Familia monoparental. - Divorcio o separación. - Menor oportunidad de empleo. - Dependencia del estado de bienestar. - Peor vivienda y nutrición. - Bajo nivel económico. - Pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muerte súbita. - Bajo peso. - Prematuridad. - Menor lactancia materna. - Accidentes. - Peor nutrición. - Negligencia. - Embarazo adolescencia. - Mayor mortalidad infantil. - Retraso del desarrollo preescolar.



Sin embargo, se ha observado que los resultados en salud del embarazo son comparables, excepto en menores de 15 años, con los de las mujeres de más edad, **cuando los cuidados prenatales y el apoyo social son adecuados**, ya que son los factores sociales (fundamentalmente la pobreza y exclusión) y las repercusiones que éstos tienen sobre la salud de la adolescente (peor estado de nutrición, estado de salud previo, nula o escasa asistencia prenatal), los responsables de la mayoría de los resultados negativos en el embarazo y el parto.

Teniendo presente que existen intervenciones específicas para mujeres, es decir, tratamiento y rehabilitación para ellas; es necesario precisar y tener en cuenta cuál será el status de la adolescente que está embarazada e ingresa a un tratamiento en drogas. Si la adolescente continúa con su embarazo y asume la maternidad, se sugiere un trabajo individual de preparación para continuar el tratamiento en el contexto de tratamiento para mujeres, en donde se involucrará al niño y, por lo tanto, primaría su status de mujer y de madre. Si la adolescente continúa con su embarazo y desea entregar al hijo en adopción, o bien, al cuidado de su madre o abuela, se sugiere mantener un trabajo individual en el contexto de un tratamiento para adolescentes, en donde primaría el status de mujer y de adolescente.

Es necesario trabajar con las familias, de modo de asegurar un ambiente protector y contenedor de la adolescente, pues frente a la desesperación de sentirse no protegida o no contenida, pueden aparecer conductas de riesgo como autoagresiones, intentos de suicidio, intentos de aborto, etc.

2. VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Las *infecciones de transmisión sexual* (ITS) se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión. Sustituye al término *enfermedades de transmisión sexual* (ETS).

En las publicaciones realizadas en Estados Unidos y el Reino Unido, se insiste desde hace algunos años en la tendencia creciente de ITS diagnosticadas en todas las edades y, sobre todo, de las infecciones por clamydias y gonococos, especialmente en adolescentes.

La magnitud de las ITS en los adolescentes de nuestro medio resulta difícil de conocer, ya que por una parte los registros de morbilidad (asistida y declarada) no reflejan lo que ocurre en la realidad -por ser muchas de éstas infecciones asintomáticas- o por no consultarse al ser consideradas un estigma, que genera mucha vergüenza, en quien la padece. Por otra parte, los registros son parciales en cuanto a etiologías y, salvo para hepatitis B y SIDA, la declaración no es individualizada.

En nuestro país la tendencia en los porcentajes de infecciones por sífilis, gonorrea y clamidias en adolescentes ha disminuido en los últimos años, respecto al total de diagnósticos generales. En la evolución de diagnósticos realizados en los centros de ITS se aprecia una reducción en la tendencia de infecciones bacterianas con un aumento de las víricas, como en la población general.

La distribución de diagnósticos de las distintas infecciones en función del sexo y la preferencia sexual muestra que en chicas, las más diagnosticadas fueron las uretritis no gonocócicas (UNG), los condilomas y las candidiasis. En chicos heterosexuales, condilomas y UNG; y en chicos homosexuales, gonococia y condilomas.

Sin embargo, si pensamos que el denominador en las tasas de frecuencia corresponde a personas sexualmente activas y que el porcentaje de éstas en la adolescencia es inferior al de la población adulta, puede deducirse que los menores de 19 años son una población de mayor riesgo.

Con respecto a VIH, la vía más importante de transmisión en el mundo es la sexual, tanto homosexual como heterosexual. En general, el riesgo de transmisión sexual depende de la prevalencia de la infección en la población sexualmente activa.

Las prácticas homosexuales son las que se asocian con mayor riesgo de padecer la infección, sobre todo las relaciones ano-genitales, siendo el compañero receptivo el más expuesto. En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional, pero la probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces mayor que la de transmisión mujer-hombre. En todos los casos el riesgo se incrementa cuando se padece alguna infección de transmisión sexual (ITS) y cuando existen múltiples parejas.

En la prostitución (recordar, los y las adolescentes en explotación sexual) se suman estos factores y en muchos casos su relación con la drogodependencia. También son comportamientos de riesgo los encuentros sexuales transitorios de bares, discotecas, etc.

El riesgo de transmisión sexual decrece cuando: existen prácticas sexuales seguras o teóricamente seguras, se evita la promiscuidad y las relaciones sexuales con desconocidos, se utilizan preservativos de látex.

Algunas situaciones de riesgo, en el contexto de intervenciones con adolescentes portadores de VIH:

- **Comportamiento de riesgo de la pareja sexual:** el compañero sexual, del que se ignora su comportamiento sexual pasado o sus hábitos de drogodependencia, puede suponer un riesgo de transmisión del VIH. Cuando este compañero tiene o ha tenido comportamientos de riesgo, se debería actuar como si fuese capaz de transmitir el virus del SIDA.



- **Haber nacido de una madre seropositiva:** un porcentaje variable de niños nacidos de madres seropositivas están infectados por el virus del SIDA(20-50%). El riesgo es mayor cuanto más deteriorada está la salud de la madre.
- **Personal sanitario:** que forma parte de los equipos de salud. En caso de exposiciones accidentales, el riesgo se puede situar entre el 0 y el 0,75 %. Este riesgo es más bajo cuando se adoptan precauciones universales (todos los días, con todos los pacientes).

Las medidas de higiene existentes en los centros sanitarios reducen el riesgo a cifras despreciables. Esto es de vital importancia en aquellos espacios clínicos de manipulación de instrumental médico, jeringas, sueros endovenosos, manipulación de fluidos, etc.

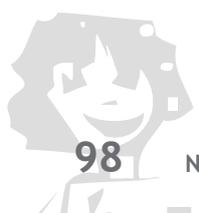
En este último punto, el peligro fundamental que afronta el personal sanitario es el desconocimiento que a priori se tiene del estado que, frente a la infección VIH, tiene el paciente al que atiende. En consecuencia, lo más prudente es actuar como si todos los sujetos fuesen seropositivos: se deben adoptar precauciones universales, que en el caso de la infección VIH exigen la máxima precaución con el manejo de la sangre, sobre todo en su extracción y maniobras asociadas, y líquidos orgánicos.

Es indispensable el empleo de guantes para el manejo de cualquier muestra biológica que contenga sangre, así como el uso de mascarilla, gafas y bata para todos aquellos procedimientos en los que puedan ocurrir salpicaduras de líquidos orgánicos.

Iguals precauciones deben adoptarse en la limpieza y desecho de material. Se deben desechar todas las agujas sin capucha, sin desmontar de la jeringuilla y sin otras manipulaciones, en un recipiente adecuado. Se debe ser cauto al manejar instrumentos cortantes o punzantes en las diferentes técnicas. Se debe lavar rápidamente cualquier salpicadura corporal y las manos inmediatamente después de quitarse los guantes. Para el lavado de las manos es suficiente el agua templada y jabón, y debe realizarse aunque los guantes que se quiten estén intactos. Si alguien del personal presenta lesiones cutáneas, éstas deben ser protegidas con un apósito; o bien si existen lesiones exudativas, es aconsejable no entrar en contacto con sujetos seropositivos o con el material que éstos generen, hasta que se resuelvan las lesiones.

El embarazo no supone un mayor riesgo en la transmisión del VIH del que tienen las trabajadoras no embarazadas. El riesgo de transmisión para personal de salud se estima por debajo del 1%.

La mayoría de los casos documentados de transmisión del VIH a personal sanitario se ha producido como consecuencia de un **pinchazo accidental con agujas** y en casi todos es posible documentar la seroconversión, por lo que se pueden tomar las medidas adecuadas para que se considere, en función de nuestra legislación, un accidente laboral.



La prueba de **detección de anticuerpos anti-VIH** es una decisión voluntaria y exige el consentimiento del sujeto y/o su familia (en menores de edad) para su realización.

Es aconsejable realizar la prueba cuando han existido o existen comportamientos de riesgo; de allí que es fundamental por parte del equipo la valoración de las conductas de riesgo en los adolescentes que toman contacto con el programa, en el contexto del diagnóstico integral.

Es necesario recordar que, aunque la prueba se realice de una manera periódica y sea negativa, se deben tomar todas las medidas preventivas cuando se expone a situaciones de riesgo. Es fundamental el uso de los preservativos y el evitar compartir agujas y jeringuillas. Tanto más, cuando la prueba es positiva.

Desde el momento de la infección por el virus del SIDA, hasta que se producen anticuerpos detectables en las pruebas convencionales, puede pasar un período de tiempo variable que se cifra, por término medio, en **tres meses**.

Por lo tanto, una prueba negativa realizada a los pocos días de una posible exposición al VIH no demuestra que no se esté infectado y deberían realizarse nuevas determinaciones a los tres meses, e incluso periódicamente, durante un año para poder descartar la infección. Ya que el paso a la seropositividad no es detectable de un modo inmediato, durante este período se debe aconsejar al paciente, abstenerse de donar sangre o semen y sólo se deberían tener relaciones sexuales protegidas.

3. Relaciones sexuales al interior del centro

En los espacios residenciales, y mayoritariamente en espacios de tratamiento cerrado -tipo cárceles de varones-, el contacto sexual entre hombres puede ser un fenómeno bastante más habitual de lo que se cree. Principalmente en adolescentes que se encuentran en un período de difusión de identidad, o bien en la búsqueda de ciertos afectos no entregados en su historia; al contrario, poseen afectos cargados negativamente con historias de violencia, maltrato y en una buena oportunidad de veces, abuso sexual.

Las relaciones pueden ser de común acuerdo, pero también pueden ser forzadas en mayor o menor grado. La violación puede ser un hecho. En algunos espacios de reclusión la violación es, a veces, un modo de iniciación institucionalizada que puede adoptar la forma de violación en banda.

Muchos adolescentes se encuentran en los espacios de reclusión por delitos violentos. Algunos son psicológicamente muy inestables. En el ambiente tenso y claustrofóbico de estos espacios, con sus propias reglas, jerarquías, alianzas y enemistades entre los jóvenes, pueden producirse con facilidad agresiones, incluso de tipo sexual. Entre las relaciones



sexuales practicadas entre hombres en estos espacios de reclusión, figura el coito anal sin protección, que es un factor de alto riesgo de transmisión del VIH. El riesgo es incluso mayor sin lubricación o si el coito es forzado, como en el caso de violación. En estos espacios no se dispone, por regla general, de preservativos. Al igual que en los espacios de reclusión de mujeres, en que muchas veces hay funcionarios varones, también pueden darse las relaciones sexuales entre ambos sexos.

Si bien no es una práctica sexual, el tatuaje es habitual en los centros de reclusión. Con frecuencia se comparten agujas y pistolas tatuadoras, con el consiguiente riesgo de transmisión del VIH. Los ritos de iniciación de «pacto o hermandad de sangre», especialmente en adolescentes, también son actividades de alto riesgo.

En la mayor parte de las instituciones de reclusión, incluso en un contexto de intervención en salud, se hace poco por educar a los individuos acerca de los riesgos del VIH. Frecuentemente la asistencia sanitaria a los reclusos seropositivos o con SIDA es nula o mínima, en comparación con la que éstos podrían recibir fuera del lugar de reclusión. A veces las autoridades estiman que aislar a los presos seropositivos o con SIDA es la respuesta adecuada para detener la propagación del VIH en estos centros. Por lo tanto, la mayor parte de las veces, existe una negación de la realidad de la vida en los centros de reclusión o en los espacios cerrados.

4. Identidad sexual y homosexualidad

En el contexto de las asesorías clínicas, en reiteradas oportunidades se evidenció que los equipos o los profesionales y técnicos que forman parte de estos equipos, se han vistos enfrentados a dudas o consultas relativas a la conducta u orientación sexual, provenientes de los mismos jóvenes, de sus padres, de otros conocidos o familiares. Es por eso que es necesario tener conocimientos que permitan otorgarles la información adecuada, responder a sus inquietudes u orientarlos acerca de dónde pueden recibirla de manera confidencial, sin juzgar ni estigmatizar.

Aunque la homosexualidad no es en sí misma un trastorno, los y las adolescentes que se consideran homosexuales o bisexuales, o que presentan conducta homosexual o bisexual, o que se encuentran confundidos y confundidas en relación con su orientación sexual, pueden presentar necesidades especiales de atención, derivadas principalmente de la homofobia y discriminación que existe en nuestra sociedad.

Desde este punto de vista, muchas veces se confunden algunos términos y conceptos, por lo que es necesario comenzar por algunas definiciones:

- **Sexo biológico:** está determinado por nuestros cromosomas, hormonas y órganos genitales internos y externos.



- **Identidad de género:** es el reconocimiento internalizado de uno mismo de que se es hombre o mujer. Este aspecto se desarrolla entre los 18 meses y los 3 años.
- **Trastorno de la identidad de género:** la persona internaliza un género distinto al sexo biológico. Ellos se describen a sí mismos como “un hombre en cuerpo de mujer” o “una mujer en cuerpo de hombre”. En la adultez corresponde al transexualismo. Es una condición poco frecuente y su tratamiento consiste en la indicación de hormonas y cirugías que permitan la readecuación de las características físicas al sexo psicológico. Cuando esta condición es detectada en la niñez, el tratamiento va dirigido principalmente a lograr una buena integración social, favoreciendo las conductas propias de su sexo biológico y en ningún caso el enfoque va dirigido al aspecto de orientación sexual.
- **Rol o papel de género:** es la expresión conductual de masculinidad o feminidad. Puede variar entre cultura y cultura.
- **Alteración en el rol o papel de género:** corresponde a varones con conductas o preferencias más típicamente femeninas o mujeres con conductas o preferencias más típicamente masculinas, pero que se identifican con su sexo biológico. Los niños “afeminados” o las niñas “masculinas” no necesariamente, a futuro, corresponderán a personas con orientación homosexual o bisexual; como también sólo algunos gays son afeminados y sólo algunas lesbianas son masculinas.
- **Transvestistas o “travestis”:** corresponden a hombres que sienten placer al simular un aspecto femenino con vestimentas y accesorios ad hoc.
- **Orientación sexual:** es la dirección de los intereses eróticos hacia otras personas. Al hablar de atracción sexual se refiere a un patrón de excitación física e interés emocional o romántico y sexual que involucra fantasías, imaginación y sueños de contenido sexual o erótico. Los individuos heterosexuales se sienten atraídos por personas del otro sexo, los individuos homosexuales se sienten atraídos por personas del mismo sexo y los individuos bisexuales se sienten atraídos por personas de ambos sexos. Los hombres homosexuales también se denominan gays y las mujeres homosexuales, lesbianas.
- **Conducta sexual:** es la manera en que se expresan los sentimientos sexuales. En un concepto más amplio va desde los besos y caricias, pasando por la masturbación mutua y llegando a las relaciones sexuales o actividad sexual propiamente tal. Las relaciones sexuales pueden ser vaginales, orales y anales. Entonces, conducta sexual no es sinónimo de orientación sexual. Puede ocurrir que una persona tenga una orientación heterosexual, pero incurra en conductas homosexuales. Esto puede darse en los adolescentes como una conducta exploratoria o cuando no hay acceso a personas del otro sexo, como en internados, cárceles, etc. También puede ocurrir que una persona de orientación ho-



homosexual presente una conducta heterosexual; esto puede suceder en el caso de quienes no han asumido su homosexualidad o desean mantenerla oculta.

Por lo tanto, el experimentar placer en una conducta homosexual no equivale a ser homosexual, como tampoco el experimentar placer en una conducta heterosexual equivale a ser heterosexual.

- **Identificación con una orientación sexual:** es otro concepto distinto y en algunos casos puede estar precedido por una etapa de confusión o de negación. El conocimiento actual sugiere que la orientación sexual se establece, generalmente, en la niñez temprana. La identificación con la propia orientación sexual puede ocurrir tanto en la adolescencia como en la adultez. Es perfectamente posible que un adolescente haya asumido su orientación sexual y se identifique como homosexual a esa edad. También es posible que las personas se identifiquen con una orientación sexual, aunque no hayan experimentado una conducta sexual.

La homosexualidad existe y ha existido en la mayoría de las sociedades. Su grado de aceptación por parte de la sociedad incide directamente en que los individuos oculten o den a conocer su orientación sexual. También los porcentajes reportados en la literatura varían de acuerdo a si se ha preguntado por conducta homosexual o por identificación con una orientación homosexual, que como ya revisamos son dos conceptos distintos.

En estudios realizados en Estados Unidos los porcentajes varían entre un 3% y un 10% de población adulta homosexual. En Chile, los datos son aun más escasos. Según la encuesta nacional de comportamiento sexual (CONASIDA, 1998) un 0,3% de los hombres y un 0,1% de las mujeres se considera homosexual, y un 0,1% de los hombres y un 0,1% de las mujeres se considera bisexual.

Según la Encuesta FUNACS (1996) un 2,7% de los hombres y un 1,1% de las mujeres declararon actividad sexual con una persona del mismo sexo. Estimaciones sobre adolescentes no se conocen. Sin embargo, a pesar de que se desconoce la prevalencia real de la homosexualidad, se puede percibir que el número de adolescentes que se identifican como homosexuales está aumentando.

Características asociadas al desarrollo de la orientación sexual

Los mecanismos de desarrollo de la orientación sexual no están aún completamente aclarados. Sin embargo, existe cierto consenso en que la orientación sexual no es una opción, es decir, no se elige entre ser homosexual o heterosexual. La orientación sexual, probablemente no está determinada por un solo factor. Existe fuerte evidencia sobre la influencia biológica en su conformación, ya que se ha determinado que hay una alta concordancia en



la orientación sexual de gemelos idénticos. Hay evidencia de que la exposición hormonal prenatal influiría en la orientación sexual y se han hallado diferencias neuroanatómicas en algunas regiones cerebrales entre las personas homosexuales y las heterosexuales. Un estudio en hombres homosexuales que provenían de familias con otros parientes hombres homosexuales encontró diferencias en el cromosoma X. Por otro lado, no hay evidencia científica de que formas de crianza, tipo de colegio, abuso sexual u otros eventos vitales causen homosexualidad. En el caso de hombres homosexuales que han sido abusados sexualmente cuando niños por otros hombres, pareciera corresponder más bien a niños vulnerables que son detectados por los abusadores. Es también importante, en el caso de quienes han sido abusados sexualmente, el diferenciar la homosexualidad de una confusión en la orientación sexual. Esto puede ocurrir por ejemplo, cuando las víctimas han experimentado placer sexual en un abuso homosexual. Otro ejemplo es cuando hay evitación de relaciones heterosexuales, producto de un *Trastorno por Estrés Postraumático*, secundario a un abuso heterosexual.

El hablar del tema de la homosexualidad y el estar expuestos a ver conductas homosexuales, ya sea a través de los distintos medios de comunicación o en distintos ambientes como discotecas, familia, colegio, etc. podrían influir en la conducta sexual, pero no hay evidencias de que influyan en la orientación sexual. Es decir, podrían por imitación o por moda aumentar las conductas homosexuales, pero no la orientación homosexual. También podría influir en que los jóvenes homosexuales puedan identificarse con su orientación sexual más precozmente y en la medida en que el estigma disminuya, puedan con más frecuencia asumirlo públicamente.

En general, los adolescentes de ambos sexos empiezan a darse cuenta de la atracción hacia miembros de su propio sexo entre los 12 y 13 años. Lo que puede significar un problema para ellos y ellas, que son parte de una subcultura tremendamente estigmatizada. La adolescencia es un período donde la capacidad para el pensamiento abstracto se está desarrollando y esto dirige a los adolescentes a revisar la historia de sus sentimientos y respuestas a otros, y empieza a incluir la posibilidad de las relaciones homosexuales.

Sin embargo, una gran parte de los adolescentes internalizan a lo menos un estereotipo homofóbico y algunos de ellos o ellas pueden experimentar rechazo hacia sí mismos como resultado de sus creencias y miedos acerca de sus sentimientos homosexuales. Por otro lado, la mayoría ha escuchado a otros reírse y mofarse con crueles sobrenombres y apodos, y como resultado de ello temer similares humillaciones o aun más, ser víctimas de violencia física o agresiones por personas homofóbicas. Además del miedo a ser descubiertos, algunos adolescentes empiezan a disminuir su participación en actividades escolares y de otro tipo, con pares de su mismo sexo. Sienten que no pueden compartir sentimientos con ellos y entonces empiezan a alienarse tanto física como emocionalmente.

Dada la tremenda presión del grupo de pares del mismo sexo, los adolescentes homosexuales responden intentando algún acercamiento amoroso con el sexo opuesto para



probar sentimientos sexuales y acomodarse con sus pares. A menudo, ellos o ellas sienten necesidad de fingir respuestas a los miembros del sexo opuesto para sofocar y acallar posibles sospechas de homosexualidad. Esta misma situación puede generarles sentimientos de soledad, frustración, sentir que son un fraude y sentimientos de no pertenencia.

Los adolescentes temen abrir su homosexualidad a su familia y en especial a sus padres, porque anticipan respuestas de angustia, shock y negación de parte de ellos, y la realidad muestra que estos miedos y temores no son irreales. Probablemente una relación positiva con los padres puede ser un indicador para una respuesta más saludable.

La revelación o “salida de closet”, que es el proceso a través del cual la gente homosexual reconoce su orientación homosexual y decide integrar este conocimiento en su vida personal y social, puede pasar por distintas etapas:

- **Aprendiendo a esconder:** se describe como el proceso de monitorear el comportamiento en situaciones donde es peligroso o desventajoso que la orientación sexual homosexual llegue a ser conocida.
- **Negación de membresía:** en esta fase ellos o ellas racionalizan y niegan su orientación homosexual e intentan identificarse como heterosexuales.
- **Desviaciones de género:** algunos homosexuales exageran las características homosexuales estereotipadas creyendo que así es como se comporta o se viste la gente homosexual.
- **Reparación:** es el intento de erradicar los sentimientos homosexuales pidiendo ayuda profesional.
- **Redefinición:** en esta etapa se relega el comportamiento o sentimientos a circunstancias especiales, por ejemplo: “yo sólo siento de esta manera con tal persona”, o definiéndose como bisexual pensando que la bisexualidad tiene menos connotación negativa.
- **Aceptación:** aquí los y las adolescentes homosexuales son capaces de conocer su orientación sexual y buscan activamente información relacionada con la homosexualidad y la comunidad homosexual.



5. Intento de suicidio

Esta edad de transición puede ser particularmente propicia en algunos para el surgimiento de dificultades psicológicas, e incluso para la aparición de alguna patología mental. Además, se observa en forma frecuente cierta impulsividad de las conductas, mayor tendencia del paso al acto y a utilizar el cuerpo como medio de expresión de dificultades a través de comportamientos de riesgo, de quejas somáticas o ataques al propio cuerpo (ANAES, 1997).

El comportamiento suicida no está forzosamente unido a una patología psiquiátrica, sino más bien resulta a menudo, de un sufrimiento psicológico que es necesario reconocer y trabajar para prevenir la recidiva y las repercusiones tanto afectivas como familiares, escolares y sociales, que pueden ser graves.

Explorar el suicidio desde los adolescentes que lo intentan y desde el equipo que interviene, sobre todo en la urgencia, es importante; especialmente con relación a la evaluación de la intencionalidad del acto suicida, la cual se fundamenta sobre las realidades internas y externas, tanto del suicida como del observador (Perret-Catipovic, 1995). Esto nos permite ir evaluando cualitativamente las necesidades y dificultades de los adolescentes que intentan autoeliminarse, recogiendo elementos concretos de discusión en el apoyo al equipo pediátrico y sus necesidades y -por último- ir interviniendo, es decir, definiendo funciones, espacios y acciones terapéuticas a lo largo de todo este difícil proceso que significa el tomar a cargo a un adolescente suicida.

La evaluación en salud mental de los adolescentes que realizan un intento de suicidio, se efectúa en la Urgencia o en algún servicio de hospitalización del Hospital Roberto del Río, a través del trabajo de enlace, o bien, en la Unidad de Adolescencia del Servicio de Salud Mental del mismo hospital. Esta intervención está a cargo de un psiquiatra y es requerida por el equipo médico tratante, a través de una interconsulta.

Esta evaluación recoge los contextos psicológico y familiar-social del adolescente en cuestión. Se debe realizar en forma rápida, normalmente dentro de las 24 horas que siguen a la admisión, en tanto el estado somático y la vigilancia del paciente lo permitan. Es necesario asegurar que la evaluación se lleve a cabo en un clima de confidencialidad y comprensión, permitiendo sentar las bases del proyecto terapéutico a realizar con el joven y su familia.

La evaluación inicial constituye un momento particularmente movilizador tanto para el paciente como para sus familiares. "Cosas que se expresan entonces, que no podían ser dichas antes y que no serán dichas después". Se trata de un momento privilegiado de "vinculación" (ANAES).

El objetivo de la evaluación inicial consiste en recoger las primeras quejas somáticas, el estudio del contexto de la crisis, la búsqueda de una eventual patología psiquiátrica y los signos de gravedad que puedan hacer temer una recidiva a corto plazo. Es también ob-



jetivo de esta primera evaluación la decisión de continuar el tratamiento en un contexto hospitalario o bien, hacerlo en forma ambulatoria. Con respecto a la recidiva, un estudio realizado en Oxford mostró una tasa de recidivas más elevada al año siguiente del intento de suicidio, en adolescentes que no habían sido evaluados por un psiquiatra en un servicio de urgencias, en comparación con aquellos que sí lo habían sido (Hawton, 1992).

Es imposible recoger todos los elementos clínicos en esta primera evaluación psicosocial. Lo esencial es recoger los elementos necesarios y suficientes que nos permitan tomar las decisiones adecuadas en cuanto a la intensidad y continuidad de cuidados en el tratamiento del adolescente suicida.

Es importante considerar que muchos de los pacientes, a menudo verbalizan poco o banalizan la importancia de sus problemas; ellos pueden estar bajo los efectos de sedantes, alcohol, drogas o ser reticentes a responder algunas preguntas que pueden considerar un tanto intrusivas. Según Ladame (1995), el adolescente no da pie a las proposiciones hechas, ya que esta proposición enunciada en el momento de la urgencia de la crisis suicida y de su expresión somática, le parece incongruente. En general, forzamos un salto desde lo somático a lo psicológico, evidente para nosotros, no así para él (dilema entre la realidad psíquica y la realidad material) (Ladame, 1995).

En función del estado del suicida, resulta necesario recoger progresivamente, al menos un cierto número de datos relacionados con la conducta y riesgo suicidas, los fundamentos de la crisis actual, el estado psicológico del paciente y las relaciones con el entorno. Estos elementos pueden resumirse en el siguiente cuadro:

Conducta Suicida	<p>Modalidad del IS: medio empleado. Conocimiento de su peligrosidad, deseo de ser descubierta o no, anuncio a su entorno.</p> <p>Objetivo del IS: deseo de muerte, significado del intento.</p> <p>Factores precipitantes: factores de estrés agudos y/o crónicos, conflictos interpersonales (pares, familiares).</p> <p>Grado de planificación o de impulsividad.</p> <p>Ideación suicida pasada o actual.</p> <p>Abuso de drogas, abuso de alcohol.</p>
Estado Psicológico	<p>Estados depresivos, problemas de conducta, psicosis.</p> <p>Rasgos de personalidad predominantes.</p>
Estilo de vida e Inserción social	<p>Intento de suicidio previo.</p> <p>Situación familiar y escolar.</p> <p>Contención posible en el entorno.</p> <p>Suicidio de algún familiar o amigo.</p>
Elementos Biográficos	<p>Rupturas afectivas, jóvenes institucionalizados.</p> <p>Antecedente de maltrato o abuso sexual.</p> <p>Embarazo. Homosexualidad.</p>

Extraído de "Una experiencia de trabajo en equipo multiprofesional con adolescentes suicidas". Revista SOPNIA. Alejandro Maturana y cols., 2002.

Dentro de la evaluación se investigan particularmente, los factores de riesgo de recidiva a corto plazo del intento de suicidio (ANAES); los cuales son:

- Método suicida de alto riesgo vital (por ejemplo, por ahorcamiento, lanzamiento de altura, arma de fuego, etc).
- Ideación suicida persistente o activa.
- Antecedente de intento de suicidio.
- Presencia de patología psiquiátrica (estados depresivos, trastornos de conducta, trastornos psicóticos, abuso de alcohol y drogas).
- Antecedente de abuso sexual y/o maltrato.
- Disfunción familiar grave (violencia intrafamiliar) y/o déficits graves en el ámbito de los roles parentales.
- Ausencia de factor desencadenante explícito.
- Si el adolescente desea hospitalizarse por sí solo.





IX.

Aspectos éticos ligados a la intervención: ética médica

La **palabra ética** viene del griego **ethos**, que significa costumbre, por lo que la definición nominal de ética sería **la ciencia** de las costumbres.

Por lo tanto, podemos determinar que su objeto material de estudio son los actos humanos y su objeto formal es la bondad o maldad de dichos actos. Con esto podemos dar una definición real de la ética como la **ciencia que estudia la bondad o maldad de los actos humanos**.

Para definir ética profesional, es importante definir primero lo que es la profesión: “actividad personal, puesta de una manera estable y honrada al servicio de los demás y en beneficio propio, a impulsos de la propia vocación y con la dignidad que corresponde a la persona humana”.

En sentido amplio, esta palabra abarca también los oficios y trabajos permanentes y remunerados. En virtud de su “profesión”, el sujeto ocupa una situación que le confiere deberes y derechos especiales.

La finalidad del trabajo profesional es el bien común. La capacitación que se requiere para ejercer este trabajo, está siempre orientada a un mejor rendimiento dentro de las actividades especializadas para el beneficio de la sociedad. Sin este horizonte y finalidad, una profesión se convierte en un medio de lucro, o simplemente, en el instrumento de la degradación moral del propio sujeto.

Un profesional, y por ende un técnico, debe tener una preparación especial en triple sentido: capacidad intelectual, capacidad moral y capacidad física.

La capacidad intelectual

Conjunto de conocimientos que dentro de su profesión u oficio, lo hacen apto para desarrollar trabajos especializados. Estos conocimientos se adquieren básicamente durante los estudios universitarios o técnicos, pero se deben actualizar permanentemente.

La capacidad moral

Valor del profesional o técnico como persona, lo cual da una dignidad, seriedad y nobleza a su trabajo. Abarca no sólo la honestidad en el trato y en los negocios -no sólo en el sentido de responsabilidad en el cumplimiento de lo pactado-, sino además la capacidad para abarcar y traspasar su propia esfera profesional en un horizonte mucho más amplio.

La capacidad física

Se refiere principalmente a la salud y a las cualidades corpóreas que siempre es necesario cultivar, como buenos instrumentos de la actividad humana.

Es importante considerar ciertos deberes típicos en todo profesional o técnico. El **secreto profesional** es uno de ellos, que le dice al profesional que no tiene derecho a divulgar información que le fue confiada para poder llevar a cabo su labor. Esto se hace con el fin de no perjudicar al paciente o para evitar graves daños a terceros.

El profesional también debe propiciar la asociación de los miembros de su especialidad. La solidaridad es uno de los medios más eficaces para incrementar la calidad del nivel intelectual y moral de los asociados. En fin, al profesional se le exige especialmente actuar de acuerdo con la moral establecida. Por tanto, debe evitar defender causas injustas, usar sus conocimientos como instrumento de crimen y del vicio, producir artículos o dar servicios de mala calidad, hacer presupuestos para su exclusivo beneficio, proporcionar informes falsos, etc.



1. La relación con el paciente

Desde el punto de vista de la relación con el paciente, **la bioética** ha avanzado considerablemente, desprendiéndose de este avance un sinnúmero de principios que rigen el ejercicio de la medicina, de modo que el profesional o técnico y/o los equipos clínicos respalden la búsqueda de la salud del paciente -pero a su vez conociendo los derechos que éste tiene sobre la elección del tratamiento-, y puedan orientarlo de la mejor manera, ya sea que el paciente desee o no realizarse un tratamiento.

El juramento hipocrático dice: "Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.(...) En cualquier casa que entre, no llevaré otro objeto que el bien de los enfermos...".

Es interesante ver cómo la figura paternalista que rigió hace años con tanta aceptación por parte del paciente, hoy no es más que un vínculo pasajero de desconfianza y que esto no hace más que entorpecer la relación médico-paciente, generando una tensión que puede terminar en el fracaso terapéutico.

2. Fundamentos éticos y bioéticos

Establecer una fundamentación ética para el respeto y la promoción de los derechos de las personas en salud es una tarea relativamente fácil. Esto, porque bajo cualquier perspectiva que se vea la atención de salud, en todas es inherente la búsqueda de un "mayor bienestar del ser humano, respetando sus derechos y su autonomía, a través de un sistema de salud que pretende ser justo y equitativo".

En esa breve frase, como veremos más adelante, están contenidos los principios básicos que dan sustento a la ética contemporánea en el ámbito de la salud, que ha sido denominada *Bioética*.

Esta nueva concepción de la ética data de menos de treinta años atrás y se deriva de los enormes cambios sociales ocurridos en este período, derivados del vertiginoso avance científico y tecnológico, de la consolidación de la democracia como forma de gobierno y del surgimiento de nuevos modelos económicos aplicados en diferentes ámbitos, entre ellos relevantemente la salud.

Si bien esos cambios y ese progreso son muy positivos en muchos aspectos, inevitablemente implican también una seria amenaza a los valores que dan sentido a la vida del ser humano, como son la búsqueda de la felicidad, el bienestar personal y colectivo, y la defensa de los derechos individuales y de la comunidad.



La ética médica clásica se sustentaba en dos principios fundamentales:

- **la beneficencia**
- **la no-maleficencia**

La no-maleficencia “obliga a todos de modo primario y, por lo tanto, es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento”. Así como hacer el bien es una aspiración y tiene que contar con el consentimiento de la persona, no hacerle daño es una obligación, aunque la persona quiera lo contrario (el “Primum non nocere” hipocrático).

La bioética moderna resuelve que los dos principios hipocráticos tradicionales no son suficientes para entender y dialogar en torno a los cambios producidos en las sociedades, a raíz del reconocimiento de los derechos civiles, la incorporación de nuevas tecnologías y las graves inequidades existentes en el mundo.

Aunque estos elementos son comunes a muchas realidades más allá de la salud, los primeros pensadores en el ámbito bioético los relacionaron con el ser humano como sujeto biológico en sí mismo y en relación con su entorno. No obstante, Potter (quien primero usó esta expresión) la definió como una ética global, y también se la entiende ahora como una ética ecológica, de alcances mucho mayores que la sola presencia del ambiente sanitario en torno y para el individuo.

De allí que, a los dos principios clásicos, agregan otros dos:

- **la autonomía**
- **la justicia sanitaria**

La primera entendida como el derecho de la persona a decidir por sí misma en cuanto de decidir sobre sí misma (en la concepción kantiana de que la persona tiene la capacidad de darse a sí misma el imperativo categórico de la ley moral).

La segunda, en su connotación de buscar la equidad a través de una mejor justicia distributiva (en la concepción aristotélica de “dar a cada cual lo que le corresponde”, dando más a quienes más necesitan, lo que es claramente diferente a la igualdad; o bien, “tratar a cada cual de acuerdo a lo que es moralmente correcto y apropiado”, en una visión más kantiana).



La búsqueda del bien: principios de no-maleficencia y beneficencia

Se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y de reducir al mínimo el daño y la equivocación (relación riesgo/beneficio). Este principio tiene que dar origen a normas para que –por ejemplo– los riesgos de tratamientos, procedimientos o investigaciones sean razonables frente a los beneficios previstos, los elementos y la metodología de trabajo sean suficientes y acertados y que los integrantes del equipo de salud sean competentes, tanto para realizar las acciones de salud como para salvaguardar el bienestar de las personas que son sujetos de dichas acciones.

Ambos principios, de beneficencia y de no-maleficencia, se basan entonces en el concepto de maximizar los beneficios y minimizar los daños, cumpliendo con el principio de “la proporcionalidad entre el bien buscado y el medio empleado”. Por lo tanto, se deben conocer los riesgos y luego definir claramente cuándo y en qué condiciones se justifica acceder a los beneficios, a pesar de los riesgos de daños posibles o predecibles.

No está de más reiterar que, aunque tiene igual fuerza moral que los otros principios analizados, la no-maleficencia es de “primer orden” y anterior a la beneficencia y la autonomía. También es de primer orden la justicia, como lo veremos más adelante.

El respeto a las personas: principio de autonomía

Incorpora al menos dos consideraciones éticas fundamentales:

- El respeto a la autonomía, que exige que a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de sus decisiones se les debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación, y
- La protección de las personas con autonomía menoscabada o disminuida, que exige que quienes sean dependientes o vulnerables reciban resguardo contra el daño o el abuso.

El principio de la autonomía adquiere especial relevancia en la práctica, al referirnos al consentimiento informado. Esto es, al derecho que tiene la persona de aceptar o rechazar cualquier acción de salud que se le proponga, basado en una amplia y profunda información previa y teniendo en cuenta su capacidad y vulnerabilidad.

El principio de la autonomía se basa en el fundamento de que el sujeto tiene la capacidad de darse a sí mismo su actuar como persona, es decir, determinar su propia norma. En forma autónoma tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y, de acuerdo al análisis de los aspectos positivos y negativos, resolver cuál será su conducta frente a una determinada situación.



La autonomía es, operativamente, un acto de elección que debe reunir tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo:

- La intencionalidad se tiene o no se tiene, no tiene grados; existe cuando es querida o deseada de acuerdo a un plan, constituyendo actos deseados.
- El conocimiento se refiere al grado de entendimiento o comprensión de la acción, cuando se entiende su naturaleza y se prevén sus consecuencias. La comprensión debe ser adecuada y completa.
- La ausencia de control externo puede verse afectada por la coerción, la manipulación y la persuasión.

La coerción se refiere a la influencia intencional y efectiva en una persona bajo amenaza de provocación de daños indeseados y evitables. La manipulación, por su parte, es la influencia intencional y efectiva de una persona por medios no coercitivos, alterando sus elecciones reales. Y la persuasión es la influencia intencional de inducir a aceptar libremente creencias, actitudes y/o valores del persuasor.

En síntesis, respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones, a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás (por la primacía de los principios de no-maleficencia y justicia).

Según estos conceptos, ha variado rotundamente el **paternalismo hipocrático clásico**, de una posición impositiva y autoritaria (basada en la "intención" subjetiva) a una de respeto por las personas y validación de los objetivos (basada en criterios "informados" objetivos).

En relación con el principio de beneficencia, es éticamente fundamental que el sujeto acepte su participación conociendo los riesgos predecibles y que éstos no sean mayores que el riesgo mínimo. Entra entonces, el concepto del poder de decisión que tiene la persona en la elección de su propio beneficio.

Una de las excepciones al consentimiento informado es la disminución del sensorio o de la conciencia, o la ausencia del juicio, que podría ser aplicable a quienes presentan cuadros demenciales avanzados o de tipo psicótico, a los deficientes mentales y a los niños (aunque en estos últimos se ha desarrollado el concepto de "menor maduro" que les debería otorgar desde cierta edad el derecho a opinar y decidir). La determinación de incompetencia debe hacerse previo a la obtención del consentimiento, obteniéndose –habitualmente por la vía judicial– el nombramiento de un tutor legal que pueda tomar la decisión.



Otra excepción al consentimiento informado es la condición de emergencia o urgencia que implique riesgo vital o secuela funcional grave, de no mediar atención médica inmediata e impostergable. Esto, por el principio de no-maleficencia, anterior al de autonomía, en este caso. De todas formas, superada la emergencia vital y tan pronto la persona esté capacitada para decidir, debe obtenerse el consentimiento informado para la continuación del tratamiento.

Para efectos prácticos, las personas con capacidad de juicio disminuido, ya sea por su edad o por su capacidad mental disminuida al grado de no ser capaz de tomar decisiones por sí mismos, deben ser incluidas dentro de los grupos vulnerables. La vulnerabilidad se refiere a la acentuada incapacidad de una persona de proteger sus propios intereses debido a impedimentos tales como su imposibilidad para dar un consentimiento informado, no poder recurrir a otra forma de obtener atención médica o de satisfacer otras necesidades costosas, o ser un miembro de nivel inferior o subordinado de un grupo jerárquico. Se deben establecer disposiciones especiales para la protección de los derechos y el bienestar de estas personas.

La equidad: principio de la justicia

La equidad puede ser vista de distintas maneras, pero parece más cercana a nuestra visión solidaria de la sociedad el “dar a cada cual según su necesidad”. Las diferencias que puedan ocurrir en esa distribución se justifican sólo si se basan en distinciones que sean pertinentes desde el punto de vista moral, como lo es la vulnerabilidad.

Existen numerosos argumentos para la equidad en salud. El principal, desde una perspectiva ética, es que la salud y el acceso a la atención de salud son derechos humanos y constitucionales en la gran mayoría de los países, entre ellos el nuestro (por lo menos en lo que a atención de salud se refiere). Desde un punto de vista práctico, vemos que la despreocupación por la equidad es socialmente desestabilizadora y es incompatible con el desarrollo sustentable y la productividad en el largo plazo, ya que ninguna sociedad puede desperdiciar su capital humano.

La Organización Mundial de la Salud se ha pronunciado sobre la equidad en salud en los siguientes términos: “Equidad en salud significa que más que los privilegios sociales, son las necesidades de las personas las que deben guiar la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Reconocemos que en el mundo, los privilegios sociales se reflejan en estatus socioeconómicos diferentes, por género, por localizaciones geográficas, diferencias de edad, entre otras importantes diferencias. Pero para lograr la equidad en salud es preciso intentar reducir las brechas en situación de salud y en la oferta de servicios entre los grupos con diferentes privilegios sociales”.



Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, en su estatuto, establece que “el beneficio de gozar de elevados índices de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica”.

Por último, hay **otros principios, valores y virtudes** que deben tenerse en cuenta cuando se hable de ética en la salud y en la atención de salud, que son especialmente relevantes en nuestras sociedades latinoamericanas.

Me refiero –en lo institucional y en lo personal– a la responsabilidad, la solidaridad, la eficacia, la eficiencia, la probidad y el compromiso social (o vocación de servicio).

Hemos tendido a adoptar modelos estadounidenses en muchos aspectos, y la salud y la bioética no podían quedar ajenos a esa “moda”. El conflicto entre el bien común y los bienes individuales, la dificultad para comprender el concepto de solidaridad desde una perspectiva anglosajona, o de la autonomía desde una visión latinoamericana son claros ejemplos de la necesidad de establecer estándares comunes a nuestra idiosincrasia, que posiblemente tendrán poco o nada que ver con aquellos que estamos incorporando actualmente a través de libros y conferencistas extranjeros que nos entregan visiones y metodologías de acción muchas veces inconexas con la realidad que vivimos día a día. Y esto es un imperativo ético que no puede dejar de señalarse cuando estamos tratando de establecer una base moral para nuestro actuar en salud en el futuro, a través de ésta y otras leyes.

Este rápido e insuficiente repaso de principios y valores éticos y bioéticos es indispensable para introducir el tema de la ley.

Ahora bien, cuando invocamos la necesidad de principios y valores, no lo hacemos en forma etérea, sino que lo consideramos en función de una finalidad. En primer término, nos situamos en una realidad y luego establecemos cuáles serán nuestros objetivos en ese ámbito determinado; en esta ocasión, los derechos y deberes de las personas en salud. Y, en seguida, definimos el marco valórico, en el cual deberemos actuar para conseguir dicho objetivo de acuerdo a los principios que nos sustentan.

Por lo tanto, lo inteligente para las personas y las organizaciones (que son creación de las mismas personas) es orientar sus acciones por esos valores y esos principios, incorporándolos como un *modo de ser*, de forma tal que no tengan que esforzarse para que esas acciones se realicen como un modo natural, ya que pasan a formar parte de la conducta o carácter de las personas o de las organizaciones. De esta premisa, por ejemplo, surgen los Códigos de Ética de las instituciones, que establecen obligatoriedad de cumplimiento a quienes deseen formar parte de ellas, ya que están insertas en su cuerpo orgánico, así como lo está el carácter en cada persona.



Según Aristóteles: “La felicidad es el fin último al que tienden todos los seres humanos”, y en este caso, la ética nos orienta en cuanto a cuál es la mejor forma de alcanzarla. En el caso de las organizaciones, no se da ese paradigma, ya que son las personas las que pueden ser felices y no los colectivos, por lo tanto, el éxito de las organizaciones estará en función de lograr sus metas respecto de la población hacia quienes están orientadas. En aquellas de servicio –como es el caso de la salud– su finalidad es indudablemente social y no de propia “rentabilidad” de sus integrantes.

Si las instituciones de servicio no tienen claros sus fines, tomarán decisiones que no son las que la sociedad espera de ellas, lo que las alejará de su misión y responsabilidad con la comunidad. Por este motivo, para hacerlo bien (o para “hacer lo correcto”, en la concepción ética) deben guiarse por conductas, por principios y por valores que respondan a sus fines. No obstante, como las organizaciones están compuestas por personas, es fundamental que el colectivo de la institución tenga conciencia de los fines que se persiguen y se habitúe a obrar conforme a ellos.

Este concepto es clave para que exista una ética de las personas y una ética de las organizaciones, en especial las de servicio, ya que los “bienes” que ellas producen son el bienestar, la felicidad de aquellas personas que constituyen su objetivo social, finalidad que no puede ser sustituida por otra, como podría ser la de ganar dinero, prestigio o poder. Si así ocurriera, esa organización no sólo perdería legitimidad ante la sociedad, sino que también se autodestruiría por carecer de sentido moral en su actividad.

3. Consentimiento Informado

El concepto del consentimiento informado ha aparecido como instrumento para exponer la información al paciente, de modo que éste comprenda mejor los hechos y así obtener su consentimiento ya ilustrado y más consciente.

Todo ello supone una garantía para los pacientes y también para los profesionales, técnicos o equipos involucrados, siendo importante para eliminar y evitar prácticas inadecuadas.

En lo que a la práctica clínica se refiere, se recomienda la confección de modelos de fácil comprensión en su redacción, huyendo de tecnicismos crípticos que, bajo cientifismos, no expliquen lisa y llanamente al paciente y a su familia, el procedimiento, ventajas e inconvenientes, complicaciones y riesgos, etc.

En este procedimiento hay que distinguir dos aspectos:

- El de la información que lleve a la comprensión, y posteriormente
- El de la decisión tomada libre y voluntariamente.



En menores de edad, se recomienda trabajar el consentimiento informado con los padres, la familia o el tutor legal. Cada vez que se plantean problemas de bioética o de ética profesional médica, nos encontramos con novedades y hallazgos científico-técnicos que no podemos ignorar. Por otro lado, detrás de cada decisión subyace una filosofía o ideología, pero si queremos ser respetuosos con el pluralismo social, los profesionales y técnicos, tendremos que regular nuestras conductas de forma compatible con este fenómeno, es decir, con arreglo a un código ético universal o laico, algo similar o a partir de los derechos humanos. De este modo, no estaremos exentos de contenido y podremos seguir procedimientos de reflexión amplios y no ideologizados, con arreglo a credos subjetivos o fundamentalistas.

Sin duda, hay un conflicto entre el principio de la beneficencia y el de la autonomía cuando un médico o un equipo quiere realizar un tratamiento con el que espera beneficiar al paciente y éste –con pleno conocimiento y competencia– se niega. La respuesta a este dilema (que es un problema que lleva a otro problema) no está en una generalización de la conducta a seguir a través de una norma. Lo que debe establecer la norma en esta situación es un procedimiento que permita orientar éticamente lo mejor posible tanto al médico como al paciente, y luego, si no se resuelve de esa manera el conflicto, recurrir a un tercero (que en nuestra sociedad occidental habitualmente es la justicia). En este papel de recomendaciones y orientaciones debe situarse a los **Comités de Ética Hospitalaria**, los cuales deberían tener un rol protagónico, por la apertura al diálogo que suponen y por la opción de velar por los intereses de profesionales y pacientes dentro de un marco ético adecuado.

4. Comités de ética

Las relaciones del personal médico-sanitario, o bien de los equipos con sus instituciones, hacen necesario instancias e instrumentos como los comités de ética, que deben asesorar e intervenir con la reflexión sobre distintos problemas, como por ejemplo, tecnología de nueva aparición con implicaciones económicas, etc.

Este tipo de situaciones requiere, sobre todo, un estudio imparcial, con independencia de la administración, que suele y procura extender su presión en todos los ámbitos. Por ello, la independencia de estos órganos es muy importante, pues si sus análisis se condicionan a presiones institucionales, no benefician ni al paciente ni al equipo, que pueden verse enfrentados por la administración.

Todo lo anterior destaca la importancia de la economía en todos los planteamientos de asistencia sanitaria, porque si se practican procedimientos basados en la evidencia científica, con la menor morbilidad, suponen instrumentos asistenciales cada vez más costosos que plantean el problema de la igualdad de oportunidades, etc.



X.

Lecciones aprendidas desde la práctica en asesoría clínica con equipos que intervienen con adolescentes con consumo prejudicial de alcohol y drogas

Durante los años 2005 y 2006 se realizaron asesorías clínicas a los equipos pertenecientes a los planes de atención en Convenio CONACE-FONASA-MINSAL. Esta asesoría se hizo en diferentes programas ubicados en distintas ciudades del país.

La información recogida en estas asesorías se sistematizó de la siguiente manera:

1. Situaciones clínicas analizadas.
2. Factores de riesgo asociados a los casos de mayor complejidad.
3. Acceso a la atención.
4. Los planes de tratamiento.

En las asesorías se analizaron casos de adolescentes hombres y mujeres, de edades comprendidas entre los 10 y 20 años, incluso 21. La mayoría de los casos correspondían a niños, niñas y adolescentes que se encontraban fuera del sistema escolar y presentaban, además del consumo, otras conductas de riesgo, fundamentalmente conducta sexual de riesgo –con presencia de enfermedades de transmisión sexual y peligro de contraer VIH-, por la condición de explotación sexual o el contacto y socialización con pares de riesgo.

El compromiso biopsicosocial de los casos analizados correspondía a perfiles de mucha severidad, dado por la exclusión y situación de pobreza, la desvinculación con las familias o las graves dificultades de ésta para atender a las funciones de protección y cuidado.



Los equipos clínicos realizan el diagnóstico aplicando los criterios clínicos del CIE 10, pautas para evaluar compromiso biopsicosocial, pautas para evaluar consumo de drogas, ambas descritas en el documento del Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación para adolescentes, entregadas por CONACE. Aplicando además, pruebas psicológicas (Rorschach, WISC, WAIS, Bender, otros) y otras pruebas del desempeño en el área ocupacional.

1. Situaciones clínicas analizadas

En cada centro se analizaron entre 1, 2 ó 3 casos. Se observó que las necesidades de los equipos, en cuanto al apoyo en la resolución de situaciones complejas, tenían que ver con la cronicidad y gravedad de los diferentes cuadros, así como la concomitancia de varios factores de riesgo y la vulneración de derechos.

Las temáticas observadas como más frecuentes se pueden describir de la siguiente manera:

- El deterioro físico y el riesgo vital provocado por el consumo abusivo de drogas, especialmente pasta base e inhalantes, en adolescentes en situación de calle.
- Medidas de protección y toma de decisiones en el manejo y contención en situaciones de abuso sexual y maltrato.
- Intervención en crisis.
- Estrategias motivacionales con adolescentes en situación de calle.
- El abordaje terapéutico de eventos traumáticos sufridos en la infancia y adolescencia temprana por los adolescentes.
- Desarrollo de estrategias ante la falta de eficacia de las familias en el cumplimiento de las funciones de cuidado y protección.
- Estrategias de coordinación con las redes, en los casos de adolescentes en redes de explotación sexual infantil.
- Diagnóstico integral ante la sospecha de problemas en la construcción de la identidad sexual y el diseño del plan terapéutico.
- El abordaje diferenciado con adolescentes involucrados en delitos.
- Adherencia a tratamiento, diseño de actividades individuales y grupales.
- Las dificultades del equipo en el trabajo con familias.
- Profundizar y clarificar diagnóstico integral.
- Diseño y planificación de actividades para el egreso.
- Coordinaciones con la red.

2. Factores de riesgo asociados a los casos de mayor complejidad

El consumo abusivo de drogas en adolescentes puede ser considerado como un síndrome heterogéneo con importantes variaciones, tanto en su etiología, curso, presentación de síntomas y patrones de uso. Se pudo observar que estos cuadros se presentan acompañados de otros factores de riesgo, principalmente cuando se trata de situaciones clínicas complejas.

Se describe a continuación, las condiciones tanto clínicas como sociales que están relacionadas con los casos de mayor complejidad:

2.1. Consumo de drogas

La totalidad de los casos analizados en las reuniones de asesoría presentan patrones de alto riesgo y dependencia. Los equipos emplean, para el análisis de los casos, los criterios del CIE 10 y las pautas de consumo de drogas.

La principal droga consumida en estos casos es la pasta base, seguida de los inhalantes; lo cierto es que la mayoría de los jóvenes presenta policonsumo (pasta base, cocaína, marihuana, inhalantes, alcohol, fármacos).

Los equipos han tenido algunas dificultades en el diagnóstico del consumo problemático, principalmente porque las clasificaciones internacionales (CIE 10 y DSM IV) están centradas en la expresión clínica de los adultos. Además, los problemas de consumo de drogas ocurren en un contexto sociocultural y psicosocial de mucha complejidad y las consecuencias se observan en varios ámbitos: interpersonal, ocupacional, educacional y legal; por lo que el desarrollo de estos y estas jóvenes se ve fuertemente afectado.

Los patrones de consumo fueron analizados desde una mirada contextual y evolutiva, tomando en cuenta que en los contextos de mayor vulnerabilidad social el consumo de drogas no es significado como un problema. Un objetivo evaluado a mediano plazo es precisamente que los adolescentes problemáticos no sólo el consumo de drogas, sino las áreas que para ellos son relevantes.

Se pueden caracterizar tres grupos de adolescentes, en los cuales el tipo de consumo presenta criterios de severidad:

- Adolescentes en situación de calle, sin redes familiares o sociales que faciliten su desarrollo, duermen en la calle o en casas abandonadas, con consumo diario de pasta base e inhalantes, intoxicaciones frecuentes, con un gran deterioro de



su salud física y mental. La mayoría no son aceptados en sistemas de protección debido a los graves problemas conductuales que presentan y, generalmente, presentan dificultades de adaptación a entornos estructurados.

- Adolescentes que consumen diariamente pasta base y otras drogas, que viven con sus padres, con quienes tienen relaciones de mucha conflictividad; estos padres han desistido de ayudarlos a dejar las drogas. Son adolescentes que tampoco asisten a la escuela o a otras actividades de su edad, realizan robos dentro de la casa, hurtos u otras conductas de riesgo, incluso microtráfico, para mantener su consumo.
- Adolescentes que consumen diferentes tipos de drogas en grandes cantidades el fin de semana, ellos logran mantenerse en la escuela y realizar actividades con pares. Los padres y madres niegan la existencia de problemas, los minimizan e incluso algunos desconocen la situación real de sus hijos. En este grupo las consecuencias del consumo no son tan evidentes, pero las situaciones de riesgo a las que se exponen cuando lo hacen han obligado a comprender este cuadro como un consumo de alto riesgo.

2.2. *Deserción escolar*

Los equipos han enfrentado el gran desafío de atender a adolescentes que presentan graves problemas en el área educativa, ya sea por dificultades en el aprendizaje o por estar excluidos del sistema escolar. Un importante porcentaje de estos adolescentes está fuera del sistema educativo, ha abandonado precozmente la escuela o presenta un gran retraso escolar.

La inserción escolar es uno de los objetivos de todos los planes, ya sea a través de la gestión directa de los equipos o del trabajo intersectorial. Se ha logrado integrar a los chicos y chicas, la mayor parte de las veces, en sistemas de educación diferenciados de la población general, dando exámenes libres, participando en proyectos de re-escolarización, acudiendo a escuelas especiales. Si el equipo cuenta con apoyo psicopedagógico, los adolescentes tienen la oportunidad de realizar actividades educativas que les permitan realizar un proceso de facilitación para su integración a cualquiera de los sistemas mencionados; sin este apoyo, la inserción escolar se les dificulta y puede generar una mayor frustración.

Las madres y los padres también presentan dificultades para apoyar la inserción, debido a que un gran número de ellos tienen estudios incompletos, e incluso la población que presenta mayor severidad en el compromiso biopsicosocial, se conforma de padres y madres analfabetos; por este motivo, los equipos los han integrado también a ellos a los programas de re-escolarización.

2.3. *Conflictos familiares*

Los conflictos parentofiliales o maritales crónicos y la calidad de las relaciones de la temprana infancia, aparecen altamente relacionados con los problemas de consumo abusivo de drogas.

De toda la información obtenida en cuanto a conformación y funcionamiento de las familias, es interesante destacar que los cuidados y protección de los jóvenes en sus edades tempranas fueron aparentemente ineficaces, constituyéndose patrones de apego inseguros, evitativos o ambivalentes y desorganizados. Las familias no han logrado cumplir su rol facilitador de desarrollo; al contrario, han detenido su paso a etapas de mayor funcionamiento.

A este respecto, el enfoque familiar nos entrega con mayor profundidad información relacionada con las tareas del desarrollo de las familias cuyos miembros deben estar emocionalmente apegados, antes de poder desarrollar habilidades de comunicación y la resolución conjunta de conflictos.

Se observan cuadros familiares caracterizados por progenitores que no ejercen cuidados o han abandonado a los hijos de una manera disimulada, es decir, no los han dejado solos pero no ejercen ningún rol parental activo. Muchos de los padres y madres funcionan como hijos de sus hijos, son éstos quienes muchas veces los proveen económicamente.

Las disfunciones familiares en contextos de exclusión adquieren expresiones más dramáticas, intensas o graves; por ejemplo, se ha observado que en algunos casos las madres realizan actividades de cuidado de hijos de 15 años, como bañarlos o darles de comer, dormir con ellos; por lo tanto, no han logrado pasar etapas y facilitar el desarrollo adolescente. Así también, se puede visualizar la parentalización en contextos de exclusión, donde muchas veces la familia transfiere el rol de proveedor al hijo mayor, aun cuando éste no cuente con los recursos emocionales necesarios. Este hijo delinque y recurre a estrategias de sobrevivencia que vulneran sus derechos y, muchas veces, los derechos de terceros. También se observa que el asumir roles proveedores otorga un gran poder de decisión dentro de las familias. La mayoría de los equipos reconoce tener dificultades para incluir a la familia, por una parte porque en esta etapa del desarrollo, ellas y los adolescentes necesitan generar independencia, pero en muchas de las familias atendidas existe un quiebre que les impide conectarse con las necesidades de sus hijos e hijas. Por otro lado, los equipos hacen una "alianza" que suele excluir, y a veces negar la importancia de la familia en un proceso terapéutico; sin embargo, hemos observado un mejor pronóstico cuando la participación de la familia facilita el desarrollo del joven.



2.4. *Maltrato y abuso sexual*

La violencia en los padres y madres, y el maltrato hacia los adolescentes son situaciones que aparecen constantemente y adquieren también características más graves; los adolescentes están expuestos a mayores niveles de violencia física, psicológica, sexual y económica.

El abuso sexual aparece en más de la mitad de los casos analizados en las reuniones de asesoría; generalmente, este indicador se manifiesta en los casos más complejos desde el punto de vista clínico. Se caracteriza por un abuso incestuoso, la mayoría de las veces han sido víctimas de sus padres. Esta variable agrava los casos debido a la desvinculación que esta vulneración genera en los jóvenes y la falta de una contención emocional de figuras significativas. Los equipos requieren una mayor capacitación en este tema.

2.5. *Comorbilidad psiquiátrica*

Alrededor del 100% de los casos analizados en la asesoría presentan comorbilidad psiquiátrica moderada y severa. Los cuadros más frecuentes son: trastornos en el desarrollo de la personalidad (línea limítrofe), trastorno disocial (también trastornos en la línea antisocial), trastornos afectivos severos, intento de suicidio, trastornos conductuales graves, déficit atencional con altos niveles de heteroagresión.

Las historias del desarrollo están caracterizadas por alteraciones perinatales, dificultades en el desarrollo neurobiológico y problemas en el desarrollo cognitivo.

El diagnóstico en estos casos constituye, la mayoría de las veces, un proceso de varios meses de duración. Los equipos hacen diagnósticos presuntivos y observan la evolución de los adolescentes durante un período para confirmar un diagnóstico. Ellos refieren que en esta etapa de desarrollo adolescente es importante darle tiempo a la confirmación, porque ha sucedido que a lo largo de los seis primeros meses se ha podido, en varias oportunidades, hacer diagnósticos de descartes de comorbilidad.

Los equipos señalan una alta efectividad del tratamiento farmacológico en aquellos casos donde se logra adherencia a él, continuidad, apoyo de un adulto responsable y también cuando se emplean fármacos acordes a las necesidades de los usuarios.

2.6. *Explotación sexual*

Dentro de los factores que producen una agravación de los cuadros clínicos está la vivencia de sufrir o haber sufrido explotación sexual comercial infantil (ESCI). Los equipos han debido coordinar fuertemente sus estrategias con las de los equipos psicosociales que tratan esta problemática. Los modelos no son necesariamente complementarios entre sí,

por lo que se ha intencionado el trabajo interinstitucional, con el objetivo de encontrar puntos de enlace entre ambas perspectivas y no duplicar las intervenciones.

Se hace imprescindible capacitar a los equipos de tratamiento en esta temática, especialmente aquellos que trabajan en los planes ambulatorios comunitarios.

Otra temática asociada a la explotación sexual es la presencia de jóvenes portadores de VIH que, más que un tema emergente, es un problema de salud instalado en esta población. Los adolescentes deben tener acceso a consejería en VIH y a los exámenes requeridos. Los equipos no están capacitados para hacer consejería en VIH y tampoco hay claridad respecto de la necesidad de tomar exámenes a la población juvenil. Generalmente, se trata de adolescentes en que confluyen múltiples factores de riesgo, entre ellos, relaciones sexuales precoces sin protección, la mayoría de las veces en contextos de consumo de alcohol y/o drogas y con una percepción de control absoluta de las situación.

2.7. Conducta sexual de riesgo

Un alto porcentaje de jóvenes atendidos en los planes presenta conductas sexuales de alto riesgo caracterizadas por promiscuidad, desprotección, conductas homosexuales; en este aspecto los equipos están más limitados para realizar intervenciones: no todos cuentan con una capacitación en consejería en VIH y, por otra parte, todavía no constituye un eje de las intervenciones de los equipos; además, los municipios cuentan con presupuestos discretos para la realización del test de Elisa y el acceso a los consultorios, para las poblaciones de jóvenes en situación de calle o en vulnerabilidad social es dificultoso.

Las conductas homosexuales entre varones, la mayoría de las veces, no tienen a la base dificultades de orientación ni dificultades en el rol sexual, es decir, tienden a darse en un contexto de conductas de experimentación y de satisfacción de ciertas necesidades, generalmente afectivas. Es necesario tener presente esta conducta, por el riesgo que conlleva en adolescentes que están integrados a espacios residenciales, principalmente.

2.8. Compromiso delictual

Un número importante de adolescentes que ingresan a tratamiento por consumo problemático de drogas presenta conductas de infracción de ley. Dentro de este grupo se pueden diferenciar distintos niveles de compromiso delictual:

- Jóvenes que comenten hurtos y delitos “menores”.
- Jóvenes que han cometido delitos graves como robo con intimidación, ya sea que hayan estado o no en centros privativos de libertad.



- Jóvenes que han desarrollado una identidad delictual (generalmente, pertenecen a familias cuyo fuente de sobrevivencia es el delito).
- Jóvenes que presentan trastornos de personalidad disocial.

La adherencia a los programas de los adolescentes cuya socialización se ha desarrollado en entornos delictivos es menor, y en general los equipos tienden a realizar actividades diferenciadas de los otros grupos de adolescentes. Esto, debido a que es muy relevante considerar en las intervenciones la identidad sociocultural de los jóvenes y atender a las necesidades de cada grupo.

3. Acceso a la atención

Este es un aspecto de la asesoría clínica que requiere de la coordinación estrecha con el programa de supervisión o la coordinación estrecha entre asesores y supervisores.

Aspectos como la idoneidad del equipo, la adecuación de los espacios de tratamiento para los jóvenes y sus familias, las condiciones físicas del centro donde se realizan las intervenciones, y otras dimensiones que configuran una calidad de atención óptima para la población objetivo de estos planes, son elementos que favorecen o dificultan el desarrollo de los procesos de tratamiento y, además, facilitan u obstaculizan el desarrollo de un clima laboral adecuado.

El mejoramiento de las condiciones de algunos centros fue un gatillante importante de la mejoría de su capacidad de resolución técnica. Las dificultades de espacios o de implementación por falta de recursos físicos dificultan considerablemente la atención en los distintos programas. La optimización de estas condiciones permite garantizar privacidad a los jóvenes y a sus familias, y permiten además, entre otras cosas, desarrollar actividades administrativas que no interfieran con las actividades terapéuticas.

Una gran cantidad de actividades terapéuticas requiere de espacios adecuados, confortables y que proporcionen privacidad y seguridad tanto al equipo como a los jóvenes.

Respecto de la capacitación y competencias, deben evaluarse en forma permanente con los equipos las necesidades de capacitación, las cuales van variando en el tiempo de acuerdo a la experiencia que los equipos van adquiriendo y a las transformaciones que éstos van experimentando a través del tiempo (cambio de integrantes y cambios en la coordinación, principalmente).

La gestión en torno al trabajo de estos equipos es altamente sensible, generando efectos potenciadores o inhibidores del trabajo técnico.



Los programas de intervención en adolescentes con consumo problemático se caracterizan por la cercanía al contexto comunitario, familiar y escolar, así como por un fuerte trabajo intersectorial. Estas intervenciones requieren de un gran apoyo institucional, tanto en la flexibilidad horaria como en la disponibilidad de recursos para el trabajo de los profesionales y técnicos. El hecho de no contar con este soporte dificulta, por lo general, el trabajo de equipos, recargándolos con responsabilidades en condiciones no adecuadas que tiñen en forma importante el trabajo técnico.

En una evaluación general, cuando se observa que varios de estos factores relacionados con la calidad de atención y gestión son deficitarios, inmediatamente se ve el impacto en el clima laboral, generando en los equipos agotamiento y riesgo de burn-out.

Esta información se puede encontrar en detalle en el Sistema Informático Colabora de CONACE, y puede ser de gran utilidad.

4. Los planes de tratamiento

Como se ha planteado previamente, el Modelo de Tratamiento y Rehabilitación del Consumo Problemático en Adolescentes tiene cinco planes de atención: Ambulatorio Comunitario, Ambulatorio Básico, Ambulatorio Intensivo, Espacio Residencial y por último, de Desintoxicación, actualmente definido por el Ministerio de Salud como Unidad de Corta Estadía.

4.1. Plan Ambulatorio Comunitario

El trabajo de coordinación que deben hacer los ambulatorios comunitarios con los proyectos psicosociales es esencial; es decir, trabajo con las redes territoriales de los jóvenes -ya sea con los pares, vecinos y otras personas y organizaciones- que puedan tomar contacto con ellos. Cuando no existe en la comuna la oferta psicosocial, se dificulta la pesquisa, la motivación y, en general, las posibilidades de acceder a los grupos de calle (principalmente los más vulnerables), además, se sobrecarga el equipo ambulatorio comunitario con las acciones propias del trabajo psicosocial en el territorio.

El mayor desafío que deben enfrentar estos equipos ambulatorios es la ausencia de la red completa de tratamiento, pues hace que tiendan a recibir toda la demanda, es decir, la derivación de adolescentes de mayor complejidad a la que pueden atender, especialmente con necesidades de asistencia residencial pasando por un proceso de desintoxicación anterior. Esta situación se hace más crítica cuando el ambulatorio comunitario es el único referente local.

La adherencia a tratamiento se relaciona con la motivación de los adolescentes a partici-



par en actividades grupales que les otorguen la oportunidad de explorar en sus intereses, gustos y habilidades en distintas áreas, artísticas (pintura, música, literatura), deportivas (fútbol, acondicionamiento físico), recreativas (malabarismo, acrobacias), entre otras. Estas actividades requieren de recursos materiales y de apoyo de monitores especializados que los equipos gestionan, generalmente, con otros organismos de las redes locales.

La mayoría de los usuarios de esta modalidad ingresa con un consumo abusivo y dependencia de drogas, lo que dificulta inicialmente un diagnóstico clínico más exacto; es claro que los equipos, luego de seis meses, pueden realizar diagnósticos diferenciales que a su vez, generan necesidades de tratamiento más intensivas.

Muchas veces los equipos ambulatorios comunitarios deben dar respuesta integral a las necesidades básicas de los jóvenes, por ejemplo, buscarles hogares protegidos, familias substitutas e incluso conseguirles una casa en donde puedan vivir. Los logros en estos casos son muchísimo más lentos y se evalúan en función de estas necesidades básicas en paralelo a los logros de tratamiento.

4.2. Plan Ambulatorio Básico

Los ambulatorios reciben una demanda desde la red de salud, SENAME, Tribunales de Familia y de Educación. Esta demanda tiende a ser más compleja de lo contemplado en las orientaciones técnicas, por lo tanto estos equipos se han ido especializando y se han validado en sus territorios como equipos capaces de dar respuesta a las necesidades de atención y a las demandas de la población de niños, niñas y adolescentes con problemas de consumo abusivo, de alto riesgo y dependencia, asociado a compromiso biopsicosocial moderado-severo y no moderado, como lo indican las orientaciones.

Las diferencias de estos jóvenes con quienes son atendidos en el ambulatorio comunitario se pueden observar en las características del contexto y la red social en la que están inmersos. Estas redes, en primer lugar existen y son un poco más eficaces que aquéllas del contexto de mayor vulnerabilidad, por lo tanto, un factor importante es que los jóvenes aún viven con sus familias y no en la calle.

El principal desafío se relaciona con la comorbilidad psiquiátrica y el manejo del síndrome de abstinencia; en estos planes se ha ingresado desde compromisos moderados a severos.

Un alto número de jóvenes requiere en las primeras etapas del tratamiento un elevado nivel de contención, que el equipo no es capaz de entregar en su totalidad, debido a que las atenciones están diseñadas para cuadros menos complejos.

A modo de ejemplo, esta situación no sucede en el caso del Ambulatorio Básico Licanantay de Copiapó, el cual recibe una población con compromiso biopsicosocial leve a moderado



y consumo de menor riesgo. Aquí, es importante destacar que en esta población se presentan grandes logros terapéuticos. De allí, la importancia de adecuar las intervenciones y los planes a las necesidades de la comunidad.

La demanda de cuadros de mayor complejidad puede deberse a que los planes básicos están instalados en la atención secundaria y cuentan con equipos con mayores niveles de especialización, tres de estos centros funcionan en conjunto con unidades de mayor complejidad, lo que permite además, que los casos con comorbilidad psiquiátrica severa y otros factores de riesgo, puedan ser ingresados a planes intensivos y tengan acceso a una atención especializada en población adolescente.

4.3. Plan Ambulatorio Intensivo

Las características de las y los adolescentes que son ingresados en estos planes plantean como requerimiento una mayor contención, organización y estructuración en la atención; esto no quiere decir rigidez, se refiere más bien a un contexto en donde todas las actividades tengan un significado terapéutico. Esta contención está referida a todo el ámbito, mayor contención educativa, farmacológica, familiar, estructural, etc.

La severidad de los casos está también dada por la coexistencia de comorbilidad en salud mental: trastornos psiquiátricos mayores tales como esquizofrenia, trastorno en el desarrollo de personalidad y descontrol agresivo e impulsivo.

Estos planes han tenido que flexibilizar sus atenciones respecto a la descripción que se hace de ellas en las orientaciones técnicas. Por una parte, la tendencia es que los adolescentes presenten un compromiso biopsicosocial severo, lo que demanda un trabajo intensivo con las redes locales, ya sea hospitales, tribunales, red SENAME y Educación. Además de la estrecha coordinación de los equipos, y entre éstos los psicosociales correspondientes, se hace necesario mantener la integración de los jóvenes en sus entornos, facilitando la incorporación al sistema escolar y a las actividades propias de su etapa del desarrollo. Los equipos han compatibilizado todas estas necesidades y de esta manera se han diferenciado de los programas intensivos tradicionales, como el hospital de día.

4.4. Plan Residencial (PR)

Desde el punto de vista diagnóstico, lo más complejo a tener en cuenta en los espacios residenciales son los rasgos de personalidad desadaptativos que la mayoría de los adolescentes con consumo perjudicial de sustancias presentan, principalmente si son infractores de ley. Esto hace fundamental la evaluación psiquiátrica para el establecimiento de la comorbilidad, que se haría siempre previo al abordaje o tratamiento. Una comorbilidad no evaluada o no evidenciada puede teñir negativamente el pronóstico del tratamiento.



La incorporación de la familia, como una estrategia en el tratamiento del adolescente, se hace imprescindible. Al igual que la integración de una figura de referencia para el adolescente, sea del mismo equipo o externa. Un figura que apoye en el acompañamiento y en las distintas fases del tratamiento y se coordine con las distintas modalidades.

Con respecto al trabajo de perfiles de alta complejidad, se rescata la experiencia de uno de los residenciales (Arica), en que se realiza cierta mezcla de perfiles: adolescentes con compromiso biopsicosocial moderado, adolescentes de alta vulnerabilidad y adolescentes infractores de ley. En este sentido, la integración de los adolescentes infractores de ley no ha sido tan compleja, pues estos chicos ya traen un trabajo motivacional y de apoyo, previo al espacio residencial (varios meses de intervención psicosocial y de evaluaciones médicas).

Se hace imprescindible evaluar las condiciones físicas en donde se instala un plan residencial. Este punto ha sido el más difícil de lograr, debido a que los organismos desconocen las necesidades de los adolescentes y las grandes diferencias que existen entre el tratamiento de adultos y el de jóvenes.

4.5. Unidad Desintoxicación (UDX)

La derivación desde tribunales para esta modalidad se ha visto especialmente demandada. Los adolescentes tienden a ver el tratamiento en drogas -pero aún más la desintoxicación- como un castigo y reaccionan, en general, con un gran descontrol. Por lo tanto, se hace necesario la preparación del joven y su familia para el ingreso a este espacio.

Este hecho tensiona a los equipos técnicos y profesionales que atienden en estas unidades y muchas veces, las internaciones obligadas han perjudicado el proceso de tratamiento de los jóvenes que están haciendo un proceso distinto. La experiencia ha sido muy diferente cuando ha existido apoyo de equipos ambulatorios que han realizado derivación asistida y que han preparado al joven y a su familia para esta etapa.

Muchos jóvenes derivados de juzgados, al no contar con una continuidad terapéutica, son incorporados a equipos ambulatorios con quienes no existe ninguna clase de vinculación y, en algunos casos, las unidades de desintoxicación no encuentran equipos que puedan recibir una derivación de estos casos.

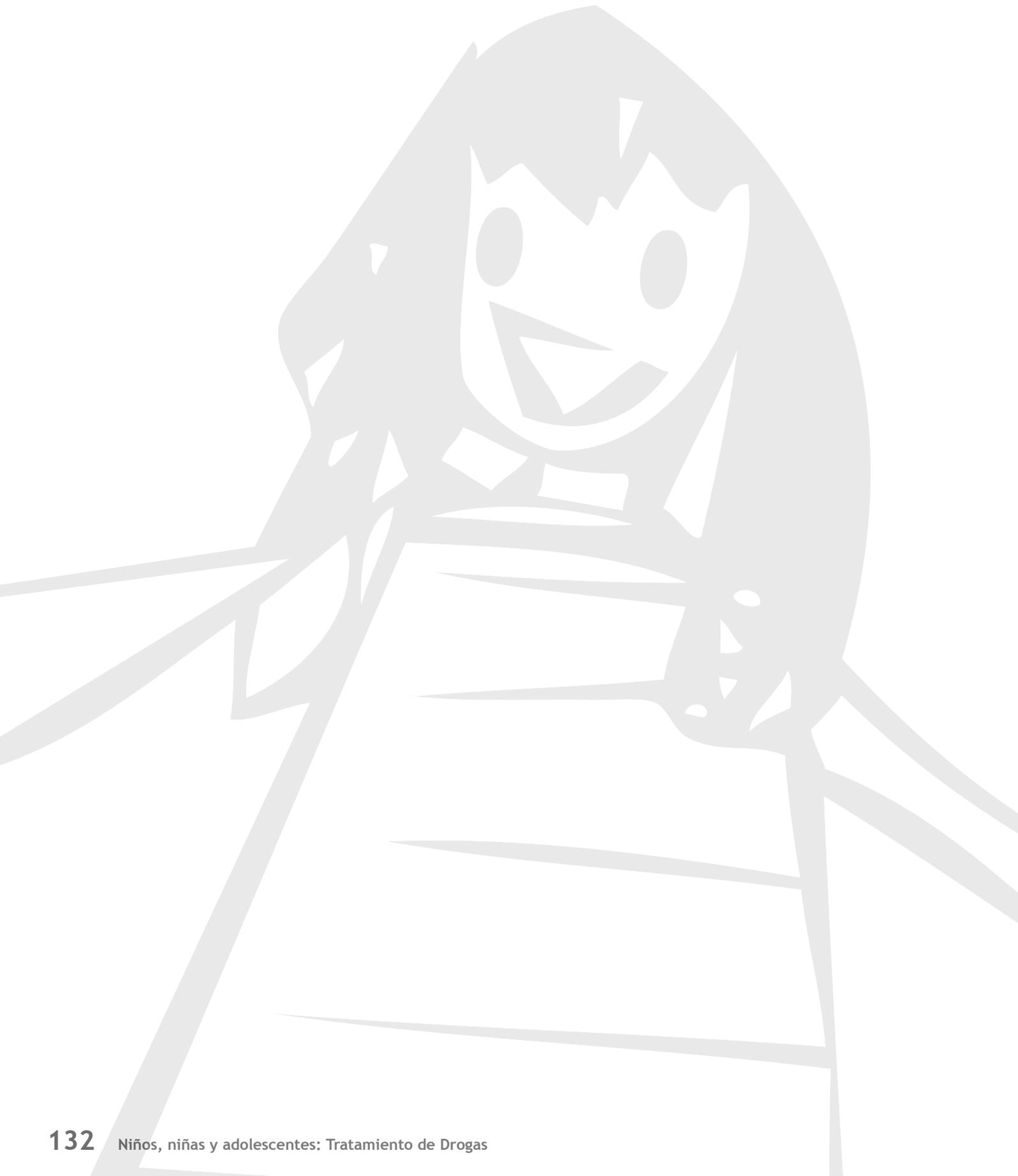
Es imprescindible realizar reuniones clínicas con la participación de todo el equipo, existiendo la necesidad de construir el Proyecto Terapéutico Integral, en base a las distintas áreas involucradas tanto en la dimensión biopsicosocial como en la ligada al consumo, y esta construcción debe realizarse en equipo, considerando las percepciones y las motivaciones de los adolescentes y sus familias.



Para ambos espacios residenciales, PR y UDX, es necesario plantear lo siguiente:

- La estructuración del día es un elemento que el equipo considera central, de modo que los adolescentes se sientan altamente contenidos. Esto debe mantenerse y se sugiere ir incorporando otro tipo de actividades, como las de tipo físicas y recreativas, que muchas veces por espacio no se realizan en forma frecuente.
- Las intervenciones realizadas por los técnicos, auxiliares paramédicos y técnicos en rehabilitación, deben ser estrechamente supervisadas por los profesionales competentes: en intervenciones individuales (psicólogo), intervenciones familiares (psicólogo o asistente social), intervenciones relacionadas con la salud física (médico o enfermera). El terapeuta ocupacional es un referente profesional que puede ser utilizado en la coordinación de las actividades clínicas y terapéuticas con los técnicos de cada programa, especialmente frente a intervenciones realizadas en momentos en que los profesionales no se encuentran disponibles, por ejemplo, fines de semana.
- Se observa la necesidad de protocolizar las intervenciones farmacológicas, principalmente en casos de urgencia. En conjunto con la intervención farmacológica, se hace evidente la evaluación somática precisa de estos jóvenes, pues la asociación de sus dificultades con complicaciones somáticas es frecuente. En este sentido, lo metabólico, lo cardiovascular, lo nutricional, lo dental, adquieren una gran importancia.





Conclusiones

1. Las situaciones clínicas que presentan los y las adolescentes con consumo abusivo de drogas y dependencia se caracterizan por cuadros complejos, en los cuales se puede encontrar una gran cantidad de factores de riesgo y variables que agravan el manejo de los casos, como las siguientes:
 - Comorbilidad psiquiátrica.
 - Graves conflictos familiares.
 - Maltrato y abuso sexual.
 - Involucramiento en conductas delictivas.
 - Participación en circuitos de explotación sexual infantil.
 - Deserción escolar.

Además, los riesgos y la complejidad de los casos aumentan en función de la severidad de estos factores:

- Edad de aparición del problema y factores de riesgo en la infancia temprana.
- La constelación familiar de factores de riesgo.
- El tipo de sustancia y la severidad del cuadro de consumo.

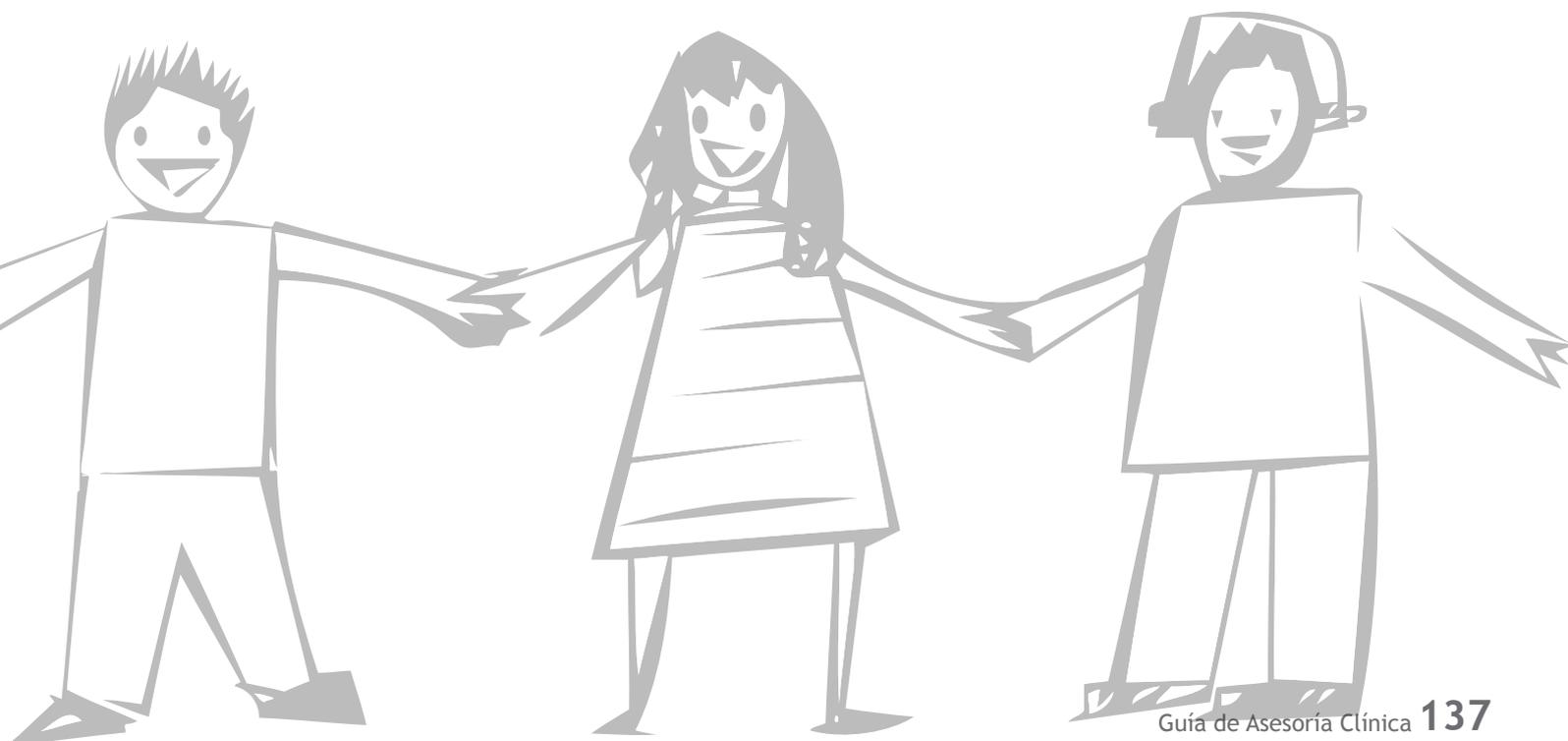
2. Existen características de las poblaciones juveniles que permiten acercarnos a la descripción de diferentes grupos clínicos de mayor gravedad: abuso de sustancias, contextos muy adversos, conducta delictiva y comorbilidad psiquiátrica grave, estableciéndose de esta manera, cuatro grupos de alta complejidad:
 - Adolescentes con consumo abusivo en situación de calle, con familias no contenedoras ni protectoras.
 - Adolescentes con consumo abusivo portadores de comorbilidad psiquiátrica grave.
 - Adolescentes con consumo abusivo con alto nivel de compromiso delictual.
 - Adolescentes con consumo abusivo que son víctimas de circuitos de explotación sexual infantil.
3. Los programas de tratamiento deben ser multidimensionales y deben comprender la participación de varios sectores del Estado y agencias no gubernamentales, para dar una adecuada atención a las necesidades de las y los adolescentes. Esto requiere, por lo tanto, desarrollar actividades que no sólo comprendan la atención directa del joven, sino la interacción con las redes institucionales.
4. La cobertura de planes de tratamiento residencial para niñas y adolescentes mujeres es escasa en todo el país. La mayoría de las chicas que son ingresadas desde los psicosociales y proyectos ESCI están en situación de explotación sexual; esto genera, por lo tanto, una gran necesidad de espacio residencial que les permita realizar un proceso de desintoxicación y estabilización, y un tratamiento en contexto protegido que dé respuestas a la compleja situación de la que son víctimas.
5. Las necesidades de los adolescentes son cualitativa y cuantitativamente diferentes a las necesidades de los adultos, por esto es que se debe relevar la especificidad de los servicios para adolescentes, que incluyan espacios adecuados y confortables, un equipo capacitado y con destrezas para el trabajo con jóvenes, y actividades acordes a su etapa de desarrollo, orientadas a explorar y reconocer sus propias habilidades e intereses.
6. Los equipos que obtienen mayores logros terapéuticos son aquellos que logran incorporar las necesidades de los jóvenes, sus expectativas, sus ideas acerca del tratamiento y la participación de sus familias; además, orientan su trabajo hacia el fortalecimiento de su inserción, integrándolos a actividades propias de la edad a las que no tienen acceso por su situación de exclusión o por falta de oportunidades en su contexto social.

7. Se observa una mejor evolución cuando se logra integrar a un adulto responsable y comprometido con el desarrollo del plan de tratamiento.
8. Se observan mejores resultados en aquellos programas que han logrado dar continuidad al tratamiento, aquellos que tienen un mejor trabajo en equipo (principalmente un liderazgo técnico validado) y aquellos que han mantenido el mismo equipo por un tiempo más prolongado (1 o más años).
9. La incorporación de los fármacos, principalmente en espacios de alta contención y en descompensaciones de pacientes, adquiere una particular importancia. Al igual que las evaluaciones somáticas de los individuos que están partiendo en un proceso de tratamiento y rehabilitación, sobre todo aquellos con un perfil más grave.
10. Es de gran importancia continuar con las capacitaciones a los distintos equipos clínicos, evaluando con ellos las necesidades en esta materia, pues la rotación e incorporación de otros profesionales y técnicos sin mucha experiencia es muy frecuente.
11. Generalmente, las temáticas de capacitación captadas como necesidad son las siguientes: psicopatología y comorbilidad, trabajo en red, trabajo con familias y Ley de Responsabilidad Penal Juvenil.
12. El trabajo en red es fundamental; y la incorporación de todos los planes e instituciones que puedan aportar al desarrollo, protección y contención del adolescente también lo es, pudiendo hacer la diferencia entre el éxito y el fracaso. En este sentido, el conocimiento de la red y la coordinación de ésta a través de reuniones locales permanentes coordinadas por los distintos sectores -principalmente Servicio de Salud y CONACE-, son fundamentales.
13. Es importante reconocer las necesidades locales de los centros de tratamiento; por otra parte, se recomienda reconocer y recoger en los programas las características culturales de cada región o comuna: la pertinencia cultural de las intervenciones.





XI. Anexos



Anexo 1: Pauta de presentación de casos clínicos

IDENTIFICACIÓN

Nombre de pila:

Edad:

Fecha de ingreso a tratamiento:

Lugar de derivación:

Actividades de tratamiento en las que participa (nombre de actividad y del encargado):

ANTECEDENTES RELEVANTES

Describa antecedentes individuales (factores de riesgo y protectores, pauta de consumo), familiares (con quién vive, hijos, pareja, padres), académicos y/o laborales:

DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico principal:

Comorbilidad psíquica:

Diagnóstico biomédico:

Diagnóstico de estadio motivacional:

Diagnóstico de compromiso biopsicosocial:



INDICACIONES DEL TRATAMIENTO INICIAL

Describe indicaciones individuales (especificar fármacos) y grupales:

MOTIVOS POR LOS CUALES SE PRESENTA EL CASO

ACUERDOS Y CONCLUSIONES





Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*, 4º Ed. (DSM IV). Washington DC: American Psychiatric Press. 1994.

AMEZCUA, M. *El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante*. Index de Enfermería (Gran) 2000; 30:30-35. [Citado el 31 de julio de 2006]. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/ETNOGRAF.php>

ARBEX, C. *Guía de Intervención: Menores y Consumo de Drogas*. Madrid: ADES. 2002; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Informe de un grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre la Programación para la salud de los adolescentes.

BOTVIN, G. *Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos*. Psicología conductual. 1995.

CAMH. *Youth & Drugs and Mental Health* a resource for professionals. Centre for Addict 141 Medicine, 33, 696-703. 1992.

CONACE. *Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile* (Ministerio del Interior-CONACE, 2005).

CONACE. *Séptimo Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile* (Ministerio del Interior-CONACE, 2006).

FUKS, S. *Transformando las conversaciones acerca de las transformaciones*. Psykhe, 7(2), 3-11. 1998.

FUNES, J. *Cómo y por qué acercarse a los adolescentes que consumen drogas*. Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.1989.

GIEDD, JN; BLUMENTHAL, J; JEFFRIES, N; CASTLLANOS, F; LIU, H; ZIJDENBOS, A; PAUS, T; EVANS A; RAPOPORT, J; *Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study*. Nature Neurosci 2:861-863. 1999.

MARCELLI ET BRACONNIER. *Psychopathologie de l'Adolescent*. Masson . S.A. Paris. 2004.



MATURANA, A. "Adolescencia y Consumo de Drogas" en: VALDIVIA, Y CONDEZA *Psiquiatría del Adolescente*. Capítulo 16. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile. 2006.

NIDA: NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. *Previniendo el uso de drogas entre niños y adolescentes*. – Washington. NIDA, 2000, 2003. *Scientifically Based Approches to Drug Addiction Treatment*. – Washington. NIDA, 2002.

OMS. CIE 10, *Trastornos mentales y del Comportamiento*. Madrid. Meditor. 1992.

OMS, Organización Mundial de la Salud. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Informe de un grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre la Programación para la salud de los adolescentes. 2001.

RAVAZZOLA, C. Conferencia: *Supervisión de terapeutas familiares en el marco de los modelos de competencias y de ampliación de los settings tradicionales*. *Psykhé*, 10 (2), 181-184. 2001.

RUIZ SÁNCHEZ, J.; IMBERNÓN, J. y CANO, J. *Psicoterapia cognitiva de urgencia*. ESMD-UBEDA. 1999. [Citado el 24 de julio de 2006]. Disponible en: [Http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia.htm](http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia.htm)

SAMPL, S. y KADDEN, R. *Terapia de Estimulación Motivacional y Cognitivo Conductual para Adolescentes Adictos a Marihuana*. Psiquiatría Editores, S. L. Barcelona, España. 2004.

SPEAR, L. P. *The adolescent brain and age-related behavioral manifestations*. *Neuroscience Biobehav Rev*. 24:417-463. 2000.





