



**Trayectorias de atención en salud mental:
adolescencia, infracción a la ley y consumo
problemático de sustancias.**

Memoria para optar a título profesional de psicóloga

Nombre de la autora: Sayen Villanueva González

Nombre del Profesor Patrocinante: Esteban Encina

Santiago de Chile, 2020

RESUMEN

La presente investigación de carácter exploratorio-descriptivo analiza las trayectorias de atenciones de salud mental de adolescentes que tienen o han tenido un diagnóstico de consumo problemático y han presentado algún tipo de infracción a la ley penal juvenil 20.084. Se realizaron entrevistas semi estructuradas a 6 adolescentes (3 de sexo femenino y 3 de sexo masculino) indagando sobre el concepto de salud mental, descripción y valoración de las trayectorias de atención, para finalizar abordando las nociones que tienen respecto a las prácticas de coordinación de los programas en que participaron. Se obtienen como principales resultados una visión sobre la salud mental ligada a lo patológico, poca integración entre los programas por los que los/las adolescentes han transitado y una valoración positiva de intervenciones colectivas. Surge como elemento a destacar de las trayectorias de atención, la relación terapéutica conformada entre adolescente-profesional, de las cuales se reconocen elementos como la horizontalidad, consideración, empatía e importancia de un proceso adecuado de generación de confianzas. Sobre la temática de coordinación entre programas fue posible encontrar una diversidad de respuestas que van desde el desconocimiento de estas prácticas hasta el reconocimiento de su necesidad para los procesos terapéuticos. Se destaca la necesidad de abordar con mayor profundidad temáticas como repetición de relatos complejos y prácticas de sobre intervención en adolescentes que han sido usuarios de programas de la red SENAME y dispositivos públicos que entregan atenciones de salud mental.

Palabras clave: infracción de ley, adolescencia, consumo problemático, trayectorias de atención, salud mental, relación terapéutica.

ÍNDICE

I.	Introducción	1
II.	Objetivos de Investigación	6
III.	Marco Teórico	7
	1. Adolescencia	7
	2. Infracción a la Ley en la adolescencia	9
	2.1 Ley de responsabilidad penal adolescente e ingreso a Programa Ambulatorio Intensivo (PAI)	13
	3. Salud mental y consumo de sustancias en adolescentes que han infringido la Ley Penal Juvenil	15
	4. Trayectorias de atención de salud mental	21
	4.1 Concepto trayectoria de atenciones de salud mental en servicios institucionales de la red pública	21
	4.2 ¿Qué es salud mental?	23
	4.3 Relación terapéutica adolescente profesional	25
	4.4 Atenciones de salud mental en sistema público	27
	4.5 Atenciones de salud mental derivadas del sistema de protección nacional de la infancia [SENAME]	28
	5. Sobre-intervención	33
V.	Marco Metodológico	38
	1. Enfoque epistemológico	38
	2. Enfoque metodológico	39
	3. Diseño Muestral	39
	4. Características del contexto: Comunidad terapéutica vínculos	41
	5. Técnica de producción de datos	42
	5.1 Entrevista vía telemática	42
	6. Análisis de datos	44
	7. Consideraciones éticas	45
VI.	Resultados	47
	1. Construcción de Escenario: Concepciones acerca de salud	47

	mental y trayectorias de atenciones.	
	1.1 Concepciones acerca de la Salud mental	47
	1.2 Descripción de trayectorias: Recuerdos acerca de experiencias en instituciones.	49
	2. Valoración de experiencias de atención: programas, intervenciones y relación con profesionales.	51
	2.1 Valoración de paso por programas	52
	2.2 Valoración de intervenciones	54
	2.3 Valoración de relación con profesional	57
	3. Prácticas de coordinación: ideas asociadas y su relación con el vínculo terapéutico.	60
VII.	Discusión y conclusiones	63
	1. Salud mental y las implicancias de su conceptualización	63
	2. Trayectorias de atención: un análisis necesario	65
	3. Relación adolescente – profesional: construyendo una trayectoria	68
	4. Intervenciones colectivas y su importancia en los procesos terapéuticos	69
	5. Desafíos respecto a la temática de coordinación	70
	6. Reflexiones finales	70
VIII	Referencias	73
IX.	Anexos	85
	Anexo 1: Pauta de entrevistas	85
	Anexo 2: Documento de consentimiento informado	87

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia¹ como período del desarrollo ha sido definida por diversos autores desde su particularidad y complejidad, ya que en ella se juegan una serie de metas evolutivas relevantes y desafiantes, que, si se afrontan positivamente, permiten llegar a la adultez de manera saludable² (Pérez-Luco et al., 2014). Las características de este proceso influyen en la manifestación de diferentes problemáticas particulares de estas edades, llevando a la adolescencia a presentarse como un periodo de vulnerabilidad dada la serie de cambios que se viven en esta etapa (Gaete, 2015).

Esta vulnerabilidad se puede expresar en la emergencia de diferentes problemáticas que pueden derivar en comportamientos de riesgo que van en contra de normas y acuerdos sociales consignados en los cuerpos legales, pudiendo propiciar la cristalización de comisión de delitos y presentarse como el inicio de carreras delictuales (Werth, 2016). Es así como existen factores de riesgo individuales, familiares y sociales que influyen en la cronificación de la infracción, como lo son contextos de delincuencia, desescolarización, sobre consumo de drogas y presencia de problemas de salud mental en algún miembro de la familia (Dionne & Zambrano, 2008). Su existencia se vuelve más compleja si se presentan conjuntamente en un mismo individuo, corriendo el riesgo de consolidarse en una construcción identitaria delictual (Dionne & Zambrano, 2008).

El dominio jurídico que interviene en la penalización de actos delictuales en adolescentes es la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal (LRPA) promulgada en el año 2005, la cual indica que los/las adolescentes de entre 14 y 18 años son “sujetos de derecho, responsables de sus actos, con deberes y prerrogativas”, enfatizando en la responsabilización y cumplimiento de medidas y sanciones, que tienen como objetivo final la reinserción del joven (Dionne & Zambrano, 2008). En Chile, según los datos del Ministerio Público el número de adolescentes que ingresan al sistema judicial por la LRPA es alrededor de 49.000³ anualmente, y a pesar de que el número de imputados

¹ Se opta por utilizar el concepto adolescencia en desmedro de juventud ya que, a pesar de que en ocasiones se ocupan como sinónimos, el primero ha sido descrito preferentemente desde la disciplina de la psicología. Además, la definición del concepto juventud se ha relacionado con alcanzar posiciones sociales que no están al alcance de los adolescentes y que incluyen rangos etarios más extensos que los que remiten al fenómeno descrito en esta investigación (Dávila, 2004).

² Para la OMS los modos de vida saludable se relacionan con factores sociales, biológicos y psicológicos que promueven la salud mental, influyendo directamente en la percepción de bienestar de los individuos (Organización mundial de la salud, 2018).

³ Este dato corresponde al año 2014, siendo el dato más reciente que analiza la Cámara de diputados al evaluar la ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente. (Cámara de Diputados, 2015).

por el Ministerio Público ha ido a la baja, esto no ha implicado una disminución en los/las adolescentes que ingresan al sistema judicial, por el contrario, ha aumentado la tasa de judicialización (Berríos, 2011).

Una de las medidas indicadas por la LRPA es la rehabilitación de adicciones en los/las adolescentes en que se identifique la existencia de consumo problemático de sustancias, a través de su participación en diversos dispositivos como parte de su plan de tratamiento. El objetivo de estos espacios sería tratar tanto el consumo como otras patologías de salud mental asociadas, a través de un tratamiento interdisciplinar para adolescentes que se encuentren en medio libre o en régimen cerrado (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2015). Esta medida se da en respuesta a que uno de los problemas de salud mental más frecuentes en la adolescencia se relaciona con la exploración y posterior establecimiento de consumo problemático de sustancias. En este sentido, se ha encontrado que un 86,3% de la población adolescente con alguna sanción por la LRPA encuestada presenta algún trastorno psiquiátrico, siendo el consumo de sustancias el más prevalente y el que presenta mayor comorbilidad (Gaete, Labbé, del Villar, Allende & Valenzuela, 2014). Lo anterior refleja la frecuente coexistencia de ambos fenómenos en los/las adolescentes (consumo e infracción), transformando tanto a la exploración de sustancias como la comisión de delitos, en un epifenómeno característico de esta etapa del ciclo vital (Maturana, 2011).

Por otro lado, es posible que los elementos antes mencionados estén asociados a una problemática más amplia como la existencia de experiencias de vulneración y/o la falta de recursos. En esa línea, un estudio de la Fundación Hogar de Cristo (2017) señala que ciertos problemas de salud mental serían una expresión de las condiciones sociales de pobreza en que se desarrollan los individuos. Más aún, manifiesta que la emergencia de patologías duales⁴ podrían explicarse bajo la hipótesis de automedicación, es decir, el consumo se presentaría como una salida para modular las emociones, dada la imposibilidad de los sujetos para tolerar ciertos contextos negativos.

⁴ La patología dual es definida como la co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital (Szerman, 2017 citado en Marín-Navarrete 2018).

Es importante mencionar que los/las adolescentes que han infringido la ley y llegan a espacios de tratamiento de consumo pueden haber participado anteriormente en una amplia gama de programas que realizan atenciones de salud mental, entre los cuales se puede nombrar los que se enfocan en controlar el uso de sustancias, en la reintegración social, instituciones de sanción (tribunales, policías), programas de protección de derecho, programas de intervención con la familia, entre otros; estimándose que el promedio de programas de protección por los que pasan Niños, Niñas y adolescentes [NNA] institucionalizados es alrededor de 6,7 (Hogar de Cristo, 2017). Este dato no debe ser obviado, entendiendo que, en los usuarios de los programas del Servicio Nacional de Menores [SENAME], el reingreso reiterado a la red o permanencias breves en programas de atención, se presentan como un factor de riesgo respecto a la comisión de delitos (Álvarez, 2014).

De esta forma, es posible visualizar cómo se configura un fenómeno complejo que contiene aristas judiciales, sociales y sanitarias que deben articularse y complementarse para entregar una respuesta focalizada desde las disciplinas que entregan atenciones a esta población (Observatorio de Drogas, 2017). Organizaciones como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) plantean su preocupación por la falta de acuerdos entre los actores involucrados, argumentando la necesidad de un abordaje sistémico para garantizar la efectividad de las intervenciones, con el objetivo que se centren no sólo el cumplimiento de la sanción, sino en la consagración de los derechos básicos de los/las adolescentes, en particular, en su protección y salud (2014 citado en Cámara de Diputados, 2015). La importancia de una coordinación intersectorial en estos casos radica en que el trabajo desde diversas áreas es necesario, pero no suficiente por lo cual requiere ser diseñado en conjunto por parte de los profesionales.

En este sentido, analizar las trayectorias de atenciones de salud mental podría ser relevante porque las experiencias de atenciones anteriores podrían influir en la disposición de los/las adolescentes a recibir cualquier tipo de tratamiento de salud mental, por otro lado, podría ser útil al momento de pensar las características que debería tener un tratamiento especializado con esta población. Asimismo, al rescatar sus vivencias y sentires respecto a las atenciones que han recibido, es posible reflexionar acerca del concepto de sobre intervención, ya que a pesar de que no existe una definición clara de éste en el área de salud mental (siendo solamente nombrado en algunas investigaciones), es identificado como uno de los riesgos que debe considerarse al momento de realizar un tratamiento (Ministerio de Justicia, 2018;

Minoletti, Soto-Brandt & Sepúlveda, 2018). Esto no debe obviarse, ya que podría tener consecuencias en los tratamientos entregados, minimizando la efectividad de las intervenciones (Burky, 2017).

Rescatar los significados que los/las adolescentes otorgan a las diferentes atenciones de salud mental que han tenido de parte del Estado podría aportar a la reflexión en torno a esta, ya que permite conocer su valoración respecto a formas de intervención entregadas por profesionales de diferentes dispositivos de atención. Por otro lado, trabajar con el concepto trayectorias de atención permitirá realizar un análisis de historias permeadas por sentidos y valores que los/las adolescentes otorgan a itinerarios variados orientados a resolver problemas de salud y enfermedad (Stival, 2018).

Según lo expresado, la pregunta que guiará esta investigación será **¿Cómo son las trayectorias de atención de salud mental otorgadas por programas de instituciones de la red pública, desde la perspectiva de los/las adolescentes que han cometido alguna infracción a la ley y que presentan consumo problemático de sustancias de un Programa Ambulatorio Intensivo de la Región de Los Lagos?**

Analizar las trayectorias de atención de los/las adolescentes es una contribución a la reflexión sobre cómo los sistemas de atención de salud mental están mirando al sujeto, preguntándonos acerca de la organización de la red y cómo ésta influye en el fenómeno descrito. Además, desde un nivel teórico, el estudio puede contribuir en recoger la voz de los propios usuarios respecto a qué nociones pueden tener acerca de conceptos como salud mental, modalidades de intervenciones, coordinación y sobre intervención, considerando que no se encuentra bibliografía que profundice respecto a este último término

Por otro lado, la relevancia de estudiar este fenómeno desde la disciplina de la psicología radica en contribuir a la discusión sobre la repetición de relatos difíciles en contextos clínicos, considerando que en los últimos años se han publicado estudios acerca de las consecuencias negativas que podría traer la reiteración innecesaria de experiencias traumáticas en la generación de confianzas y vínculo con los profesionales intervinientes (Dupret & Unda, 2013). Esto es significativo, ya que podría afectar también la adherencia a los tratamientos y efectividad de las intervenciones realizadas (Errázuriz, Valdés, Vöhringer & Calvo 2015). Lo anteriormente mencionado en la práctica, podría utilizarse para potenciar intervenciones valoradas por los/las adolescentes, reforzar acciones que no se visualizan como un aporte para la salud mental y contribuir a la

discusión de los equipos intervinientes respecto a las prácticas de coordinación que se realizan.

Para realizar el estudio, se contará con el apoyo del Programa Ambulatorio Intensivo en medio libre “Comunidad Vínculos” ubicado en la provincia de Puerto Montt. Su emplazamiento geográfico se reconoce como un aporte, en tanto, promueve la realización de investigación en un contexto diferente al Metropolitano. Este programa se encarga de intervenciones con adolescentes que presentan consumo problemático e infracción a la ley penal juvenil hace trece años, generando acompañamientos terapéuticos desde un enfoque social-comunitario que promueven la rehabilitación.

II. OBJETIVOS DE INVESTIGACION

Objetivo general:

Analizar las trayectorias de atención de salud mental otorgadas por programas de instituciones de la red pública, desde la perspectiva de los/las adolescentes que han cometido alguna infracción a la ley y que presentan o han presentado consumo problemático de sustancias de un Programa Ambulatorio Intensivo.

Objetivos específicos:

- I. Identificar ideas asociadas al concepto salud mental que reconocen adolescentes que han cometido alguna infracción a la ley y que presentan o han presentado consumo problemático de sustancias.
- II. Describir las trayectorias de atenciones de salud mental en la/las redes institucionales reconocidas por adolescentes que han cometido alguna infracción a la ley y que presentan o han presentado consumo problemático de sustancias.
- III. Identificar las valoraciones respecto de las atenciones de salud mental que realizan adolescentes que han cometido alguna infracción de la ley y presentan o han presentado consumo problemático.
- IV. Identificar las valoraciones respecto a la coordinación de los programas que les otorgan prestaciones en el área de salud mental a adolescentes que han cometido alguna infracción a la ley y que presentan o han presentado consumo problemático de sustancias

III. MARCO TEÓRICO

1. Adolescencia

La adolescencia es un constructo social que describe una etapa del ciclo vital⁵, que presenta una serie de riesgos y oportunidades características de este periodo (Papalia, Olds & Feldman, 1998). En este sentido, su conceptualización integrará tanto aspectos biológicos como históricos culturales del proceso de individuación de los sujetos según el contexto social en que se sitúe (Gaete, 2015).

Históricamente esta etapa adquiere mayor relevancia desde el siglo XX, ya que es ahí cuando comienza a describirse como un periodo de transición en la cual se empiezan a asumir las responsabilidades del mundo adulto y abandonar ciertas tareas típicas de la infancia (Papalia et al., 1998). Previo a esto, los niños y niñas comenzaban a incorporarse al ámbito laboral desde temprana edad y a consecuentemente considerarse como adultos (Papalia et al., 1998).

En esta línea, la “adolescencia” es un concepto dinámico y que se encuentra en constante cambio, por lo que no existe un rango etario estático que lo comprenda. No obstante, diversos autores han propuesto una serie de definiciones e intervalos de edad para que pueda ser examinada, describiendo elementos comunes respecto a las áreas psicológica, biológica y social. De esta forma, una de sus definiciones es la que entrega la Organización Mundial de la Salud (s.f) postulando que es un “...período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”.

Se han encontrado ciertas características comunes que permiten describir periodos con elementos similares, en los que frecuentemente convergen los/las adolescentes de un rango etario (Gaete, 2015). Tradicionalmente se han reconocido tres fases, siendo estas la adolescencia temprana, media y tardía, el Ministerio de Salud [MINSAL] acoge esta categorización con el objetivo de orientar el trabajo con los profesionales de la salud, destacando que los rangos etarios expuestos (desde los 10 a los 19 años) son referenciales y que deben considerarse las variaciones individuales y culturales, en tanto, el proceso de la adolescencia no es lineal (MINSAL, 2011). En

⁵ Actualmente se suele utilizar “curso vital” ya que este concepto integra las diferencias en el desarrollo de los sujetos, la posibilidad de construcción de trayectorias de desarrollo y la influencia de los factores familiares, sociales y culturales que pueden influir en él. Se mantendrá el concepto de ciclo vital, en el que el desarrollo es entendiendo por etapas de un proceso lineal, cuando se haga referencia a autores que utilizan este concepto, con el objetivo de no alterar sus significados (Ministerio de Salud y protección Social, 2015).

relación a esta etapa, autores como Casas & Ceñal (2005) plantean la necesidad de considerar su extensión hasta los 21 años, ya que a pesar de que se ha alcanzado la madurez física a nivel general, culturalmente existen elementos que se dan posterior al cumplimiento de la mayoría de edad existiendo un periodo progresivo de integrarse al mundo adulto.

Respecto a los cambios a nivel general del ciclo vital adolescente, entre las transformaciones biológicas importantes está lo que se conoce como pubertad, es decir, una serie de modificaciones corporales entre las que se encuentran el desarrollo de caracteres sexuales, cambios hormonales y crecimiento corporal, siendo importante la aceptación de la propia estructura física (Iglesias, 2013). Por otro lado, como plantea Piaget (1972 citado en Papalia et al., 1998) existe maduración de estructuras a nivel cognitivo que permiten el desarrollo del pensamiento operatorio formal, lo que implica mayores niveles de abstracción, posibilitando la resolución de problemas a través del razonamiento de tipo hipotético deductivo. Lo anterior, influye en la capacidad crítica respecto a las normas y regulaciones tanto familiares como de las instituciones a las cuales deben obedecer (familia, escuela, Estado, etc). Asimismo, el desarrollo moral en la adolescencia comprenderá el paso de una moral heterónoma a una autónoma, correspondiendo según lo planteado por Kohlberg (1974 citado en Palomo 1989) a la etapa convencional, el logro de esta meta evolutiva será relevante, ya que en gran parte los comportamientos delictivos se explican por retrasos en el plano socio moral.

En el ámbito psicológico, uno de los elementos más destacables según Erickson (1980 citado en Bordignon, 2005) es “la búsqueda de identidad”, en la cual los individuos intentan construir una imagen acorde a sus preferencias tanto en el ámbito sexual, vocacional, moral e ideológico personal, que los diferencie de los demás y que al mismo tiempo les permita tener un sentido de unidad personal, proporcionando una integración de las experiencias pasadas y las expectativas que se tienen para el futuro. Asimismo, una competencia a desarrollar se relaciona con la autorregulación adecuada de las emociones, que posibilite relacionarse afectivamente con otros y adecuarse a diferentes contextos (Gaete, 2015).

A nivel social, es en esta etapa donde se realizan procesos de adaptación a determinados roles sociales, lo que comprende la adopción de valores y creencias que la sociedad ofrece. Esto permite trazar un camino hacia la autonomía e independencia, a través de la redefinición de relaciones familiares y la extensión de la red social de los/las adolescentes (Gaete, 2015). En esta línea, la red primaria que acompaña al adolescente tiene un papel fundamental, ya que dada la complejidad de las transformaciones que se dan en la adolescencia, la entrega de un apoyo adecuado que acompañe el afrontamiento de estos cambios promueva la autonomía y fomente la

tolerancia es crucial para la integración de normas sociales (Oliva, 2006). De esta

manera, existen personas, grupos e instituciones que “actúan como catalizadores, activadores y moldeadores de estos cambios” (Villalobos, 2014, p.16).

Al mismo tiempo, se reconocen una serie de características que hacen que se considere este periodo como una etapa de vulnerabilidad, ya que en esta etapa existiría una baja tolerancia a la frustración, necesidad de transgresión y de reafirmación, lo que implicaría una serie de riesgos que llevan a los sujetos de estas edades a exponerse a situaciones complejas (MINSAL, 2006). Del mismo modo, investigaciones como la de Krauskopf (2003) expresan que en adolescentes deprivados emocional o económicamente, al no contar con un soporte adecuado y no poder afrontar positivamente la serie de tensiones que el desarrollo implica, generan respuestas a los conflictos a través de salidas sustitutivas, entre las cuales se encuentran las acciones impulsivas, reacciones depresivas o refugio en gratificaciones efímeras como el consumo de sustancias.

Finalmente, no se debe obviar que los/las adolescentes deben ser considerados como individuos activos, con capacidad para intervenir y reflexionar de manera participativa en la sociedad, considerando que tienen derecho a expresar su opinión libremente y que ésta debe ser tomada en cuenta por sus padres o encargados (Krauskopf, 2003).

2. Infracción de ley en la adolescencia

La problemática de seguridad y específicamente de infracción a la ley en adolescentes, ha sido uno de los temas de más relevancia en las últimas décadas. La Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana⁶ aporta datos en esta línea, señalando que la delincuencia es uno de los problemas más significativos que percibe la población a nivel nacional (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2018). Sumado a esto, según datos de SENAME (2012) cada vez es más común que aparezca una noticia en que se relacione a un menor de edad con una infracción, más aún, cuando los medios suelen mostrar a los/las adolescentes como una amenaza a la seguridad pública. Tobar (2014) señala que esto ha generado una visión parcializada del fenómeno que puede llevar a la estigmatización de adolescentes de ciertas características, sin considerar las

⁶ La Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana documenta la percepción de inseguridad respecto a la delincuencia a nivel general, no realiza diferenciación respecto a delitos realizados por adultos o adolescentes.

estructuras de desigualdad que se encuentran a la base de la infracción de ley (Tobar, 2010).

La comisión de delitos ha sido abordada a través de aproximaciones del estudio criminológico, surgiendo diversas teorías acerca de la etiología de la delincuencia juvenil. En principio, es posible identificar tres macromodelos: el biológico, psicológico y el sociológico, los cuales se encuentran asociados diferentes teorías que ayudan a comprender el fenómeno y que adquieren relevancia en ciertos momentos de la historia (Munizaga, 2009).

El modelo asociado a la biología considera que existen causas endógenas que llevan a la comisión de delitos, exponiendo que las disfunciones orgánicas son las que explican la conducta delictiva. Asimismo, busca localizar en el cuerpo factores patógenos y genéticos que predisponen a la criminalidad (Hikal, 2009). Posterior al auge de este modelo, adquieren relevancia las investigaciones psicologistas que asocian la criminalidad a “pautas persistentes de conductas emocionales” (Hernández, 2016, p.30) en las edades tempranas, que llevarían al individuo a no responder a las normas sociales, enfatizando en tipos de temperamento y analizando conductas oposicionistas de las primeras etapas de vida. Además, destaca la influencia de traumas en la niñez, ciertos rasgos de personalidad y psicopatológicas que interfieren en el desarrollo del adolescente y lo llevan a constituir una estructura de personalidad que normaliza la transgresión de los derechos de los demás (Asociación Americana de Psiquiatría 2002 citado en Hernández 2016).

Un último modelo que cobra importancia es el sociológico, que destaca la influencia que tiene el entorno primario y de las instituciones que conforman el sistema relacional de los/las adolescentes. Uno de los enfoques más reconocidos que responden a este modelo es el de Merton (1938 citado en Vásquez 2003) quien plantea que existe un uso de medios ilegítimos para obtener fines socialmente aceptados, cuando existe una condición de vulnerabilidad y no es posible llegar a estos respetando lo normativo. Por otro lado, Teoría de Asociación Diferencial, plantea que “la conducta desviada” se aprende por asociaciones que se realizan entre actitudes positivas frente al comportamiento alejado a la norma, que terminan por tener una importancia mayor frente a los juicios negativos (Sutherland, s.f citado en Álvarez 2000).

Como respuesta a estos modelos que enfatizaban en una sola dimensión, surgen los enfoques multifactoriales en los cuales se recoge tanto aspectos biológicos, psicológicos como sociales de los individuos, realizando un trabajo inductivo a través de

la identificación de variables que podrían asociarse al fenómeno delictual (De la Peña, 2010). Uno de sus principales representantes, Glueck (1950 citado en Vásquez, 2003), identifica que la combinación de factores como características de la personalidad, vida familiar, escuela y organización del tiempo libre podrían predecir si el joven realizaría actividades delictuales. De esta forma, al indagar factores que se han considerado como de “riesgo” en la probabilidad de que adolescentes participen en la comisión de delitos, se ha encontrado que la repetición de historias de carencia o maltrato, problemas de salud mental en la familia, consumo de sustancia, pobreza, exclusión y fracaso escolar podrían tener gran influencia en el fenómeno de la infracción de ley (Mampaso, Pérez, Corbí, González & Bernabé, 2014).

En esta línea, a nivel nacional un enfoque interesante es el desarrollado por la Universidad de la Frontera a través del Modelo Multidimensional de Atención Diferenciada con adolescentes (MMIDA) en el cual se plantea la importancia de desarrollar estrategias multimodales y específicas según los tipos de riesgos que han presentado adolescentes que cometen infracción de ley (Pérez-Luco et al, 2014). A partir de esto, postula que la intervención debe incorporar la diferenciación de “tipos delictivos” según la trayectoria delictual que están configurando los/las adolescentes, estos serían los que responden a una delincuencia transitoria, la delincuencia persistente o una delincuencia compleja (Pérez-Luco et al, 2014). La intervención priorizará estrategias familiares, clínicas o grupales según pertinencia al tipo delictual, del mismo modo, el profesional y las instituciones tendrán que cumplir un rol más o menos influyente según las características del caso (Pérez-Luco et al, 2014).

Del mismo modo, el modelo teórico de Buenos Tratos y Resiliencia se ha utilizado en los procesos de reinserción social en nuestro país. Este tiene como objetivo propiciar un clima de confianza en los procesos de intervención, buscando que los profesionales se conecten terapéuticamente con la persona y no la figura del infractor, enfatizando en la generación de un relación empática y no enjuiciadora. El modelo buscaría construir una relación profesional- adolescente en el cual se sienta acogido y pueda contar con un espacio de contención, bajo la idea de integrar otros vínculos (que pueden ser con pares o con otros adultos) que favorezcan procesos identitarios a partir de experiencias alejadas de la transgresión y moduladoras de conductas prosociales (Sroufe, Bowlby y Stern citado en Astudilla & Cerda, 2015). Astudillo & Cerda (2015) postulan que una de las estrategias que ayudan a la construcción de esta relación es asegurar la continuidad con un profesional para mantener la coherencia y consistencia en el vínculo que comienza a conformarse. En el mismo sentido, se recalca la

importancia de que los profesionales acojan los potenciales e intereses de los/las adolescentes facilitando el acceso a redes que permitan su desarrollo, en tanto esto contribuye a la integración social, favorece la seguridad personal y permite mejorar el vínculo con los profesionales. Por tanto, las atenciones entregadas para adolescentes que han cometido algún tipo de infracción no deberían limitarse al trabajo carácter clínico-terapéutico sino propiciar la intervención comunitaria, la reinserción social y el trabajo en red (Schmidt, 2007).

Estos modelos desembocan en diferentes formas de intervención que van desde un papel sancionador hasta la detección y trabajo con factores protectores y de riesgo para generar una reinserción del adolescente al mundo social. En esta línea, se realizará una diferenciación conceptual respecto a que se entenderá como población adolescente que ha cometido alguna infracción, ya que en muchos casos estos modelos han utilizado como sinónimo de éste “antisociales”, “desviados” o “delincuentes” (Sanabria & Uribe, 2009). En este sentido, la conducta antisocial la comprenderemos desde su mirada psicopatológica, respondiendo a una categoría diagnóstica, en la cual se presentan conductas agresivas de manera repetitiva, vandalismo y poca capacidad de empatizar con un otro, pudiendo o no estas conductas estar dentro de la norma legal (De la Peña, 2010). Por otro lado, el término de conducta desviada es tratado desde la sociología como aquel tipo de conductas que violan una norma social, lo desviado por tanto es lo distinto, lo que se aleja de las convenciones sociales, pero respecto de un contexto específico, es decir, lo desviado no responde a una cualidad intrínseca sino más bien responde a lo aceptado dentro de las coordenadas sociales de un grupo de individuos (De la Peña 2010). Es relevante realizar esta diferenciación, no obstante, estos conceptos pueden confluir en un sujeto al presentar conductas fuera de la norma y tener rasgos considerados como psicopáticos.

Ninguno de los términos nombrados es en absoluto sinónimo de delincuente. Este concepto respondería a una construcción sociocultural respecto a la ilegalidad de una conducta que se tipifique como delito dentro de una nación específica. En términos concretos un delincuente juvenil sería quien no posee la mayoría legal y ha realizado alguna conducta prohibida por las leyes, encontrándose procesado y castigado por este hecho (De la Peña, 2010). No obstante, existen autores como Biderman y Reis (1967 citado en De la Peña 2010) que rechazaron esta definición, ya que para ellos la etiqueta de “delincuente” no solo es atribuida cuando los sistemas de control formal comienzan a operar, ya que la delincuencia sería una conducta que existiría independientemente si los organismos legales la detectan.

En esta investigación se utilizará el concepto “adolescentes que han cometido algún tipo de infracción a la ley penal juvenil” enfatizando en la conducta que es detectada por el sistema de control estatal, y además en la posibilidad de que ese adolescente pueda o no volver a cometer esa conducta, evitando caer en la estigmatización de un grupo específico e intentando salir de la etiqueta de “delincuente juvenil”.

2.1 Ley de Responsabilidad Penal adolescente e ingreso a Programa Ambulatorio Intensivo.

Respecto al marco legal, en el año 2005 se promulga la ley 20.084 de infracción de ley en adolescentes (RPA), la cual cambia el foco desde un modelo tutelar hacia un modelo legislativo de responsabilidad penal juvenil, teniendo como objetivo “hacer efectiva la responsabilidad de los/las adolescentes por los hechos delictivos que cometan, de tal manera que la sanción forme parte de una intervención socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social” (Ley 20.084, Art. 20).

En esta línea, la institución que comienza a encargarse de velar por la ejecución de las sanciones tanto las que consideran la privación de libertad (Régimen cerrado o semicerrado) o las que incluyen otras formas de cumplimiento de condena sería el Servicio Nacional de Menores (SENAME), no obstante, las sanciones que no privan de libertad pueden ser efectuadas por colaboradores acreditados que puedan ofrecer servicios por medio de una licitación con la institución, existiendo una serie de entidades sin fines de lucro que se encargan de realizar las prestaciones y que reciben subvención estatal (Ley 20.084).

Los Programas de Tratamiento Intensivo Ambulatorio de Consumo de Drogas (PAI⁷), son parte de las opciones voluntarias que tienen los/las adolescentes para cumplir su condena. El Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2014) plantea que estos programas buscan.

Generar e implementar políticas y programas integrales y efectivos, que permitan disminuir el consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias, liderando y articulando un trabajo intersectorial, para dar respuesta a las necesidades de las personas (p.2).

⁷ La oferta de tratamiento de SENDA incluye Programas Ambulatorios Intensivos en Medio Libre y en Medio Privativo de Libertad (PAI ML y PAI MP respectivamente), Programas de Corta Estadía en Medio Libre y Privativo de Libertad y los Programas Residenciales, desarrollados en Medio Libre (PR). (Cámara de Diputados, 2015).

Para poder ingresar a estos, es necesario contar con medidas no privativas de libertad como lo es la *libertad asistida (PLA)*, *libertad asistida especial (PLAE)* y *sanción accesoria (SA)*. En relación con el primer tipo de sanción PLA, el/la adolescente queda a la sujeción de un delegado con el cual construye un Plan de Intervención Individual que es aprobado por el tribunal, y que consiste en la participación de actividades o programas que contribuyen en su reinserción social. En segundo lugar, PLAE, tiene principios similares, pero se caracteriza por un Plan de intervención individual que es intensivo, lo que implica una participación mayor del adolescente en lo consignado con su delegado (SENAME, 2016a). Por su parte la sanción accesoria, responde a la facultad de un juez para decretar un tratamiento obligatorio de adicción a drogas o alcohol (Ley 20.191, 2007). Del mismo modo, previo a la sanción se ofrecen a los/las adolescentes *Salidas Alternativas (PSA)*⁸ como solución al conflicto, para evitar el proceso de juicio. Entre ellas está la suspensión condicional del procedimiento y participación del *Tribunal de Tratamiento de drogas (TTD)*⁹, vías por las cuales también se puede hacer ingreso a un PAI. Lo anteriormente mencionado se justifica en tanto cifras indican que alrededor del 86,3% de los/las adolescentes que han cometido una infracción, han presentado consumo de alguna sustancia ilícita, más aún el 25% de las infracciones identificadas pueden ser atribuidas al uso de drogas ilícitas (Ministerio del Interior, 2008; Gaete et al, 2014).

Se debe considerar también que los tratamientos de drogas se caracterizan por ser de alta complejidad dado el contexto de estar en un proceso sancionatorio, ya que a pesar de que en muchos casos existe voluntariedad de acceder a este tratamiento ¹⁰, es posible que la decisión de participar se encuentre enmarcada por una ganancia secundaria, debido a que de ser cumplido aminora la sanción o evita la realización de juicio. En ese sentido, se hace necesario comprender las motivaciones y experiencias acerca de un tratamiento específico como es el trabajo con consumo en contexto de delito.

⁸ Son una vía de suspensión condicional del procedimiento. Se construye un plan de trabajo “a partir de las necesidades y recursos detectados que puedan afectar y/o facilitar el cumplimiento de la medida decretada y evitar así el reingreso al sistema penal” (SENAME, 2016a, p. 2).

⁹ El tribunal de tratamiento de drogas (TTD) es una iniciativa basado en el sustento teórico de justicia terapéutica, que busca potenciar la rehabilitación en los sujetos infractores entregando una especialización de los actores que participan en el proceso judicial con el objetivo de favorecer la reinserción de los adolescentes.

¹⁰ Acceder al tratamiento tiene un carácter voluntario, excepto si se realiza en el marco de una sanción accesoria.

3. Salud mental y consumo de sustancias en adolescentes que han infringido la Ley Penal Adolescente

La salud mental es fundamental en el desarrollo de las áreas psíquica, física y emocional del curso vital de la adolescencia, influyendo en el desenvolvimiento diario de los sujetos en diversos contextos. Específicamente en la población adolescente que ha cometido algún tipo de infracción se ha visto cómo la estructura psíquica puede verse afectada por diversos factores dando como resultado conductas desadaptativas (Muñoz, 2016).

Diversas investigaciones han expuesto que adolescentes que han cometido alguna infracción poseen mayor probabilidad de presentar algún tipo de cuadro que responde a criterios de un trastorno de salud mental¹¹, relevando la necesidad que las intervenciones que se realizan con estos, contemplen el área de salud mental con el objetivo de poder realizar un trabajo no solo respecto a la comisión de delito, sino también a las características clínicas del cuadro que podría estar desarrollando el adolescente y que podrían llevarlo a realizar acciones fuera de la ley (Villalobos, 2014).

En relación con los estudios de prevalencia de cuadros clínicos de salud mental que se han realizado en Chile en esta población destacan el de Rioseco presentado el año 2009 y el de la Fundación Tierra Esperanza del año 2012. Ambos estudios a pesar de sus diferencias metodológicas respecto al tipo de muestra con la cual trabajan coinciden en que más de un 60% de los entrevistados tendría algún tipo de patología de salud mental. Asimismo, los trastornos de conducta o disociales y los consumos problemáticos serían las patologías más prevalentes (Gaete et al, 2014).

El estudio realizado por Gaete et al (2014) utiliza una muestra más heterogénea (incluyendo a los programas cerrados, semicerrado, de libertad asistida simple y especial) y tiene como resultado cifras aún más altas con un 86,3% de la población encuestada presentando algún trastorno psiquiátrico. En el estudio el consumo de sustancias sigue siendo el cuadro más prevalente y además se presenta como uno de los cuadros que presentan mayor comorbilidad.

¹¹ El término trastorno de salud mental refiere la existencia de un “patrón comportamental o psíquico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, discapacidad o riesgo aumentado de morir”, siendo este entendido como una perturbación en la vida de los sujetos (American Psychiatric Association, 1995, p.21).

Diversas investigaciones plantean que la comorbilidad del consumo de sustancias y algún otro tipo de trastorno de salud mental debe tener un tratamiento diferenciado, en tanto, su interrelación puede provocar que las sustancias exacerbando las patologías clínicas o que la presencia de patología lleve a los/las adolescentes a aumentar su consumo. Cuando ambos se presentan de manera simultánea en un sujeto se les denomina *patología dual*, existiendo en estos casos mayores riesgos de abandono de tratamiento, de depresión o suicidio. Según datos de SENAME del 58% de los casos de adolescentes privados de libertad presentan patología dual y 55% de los/las adolescentes que han cometido una infracción a la ley penal (Cámara de Diputados, 2015). Este gran porcentaje de casos requiere un enfoque terapéutico que trabaje de manera integral las patologías, planificando intervenciones que permitan el acceso a programas pertinentes que cuenten con las competencias expertas para abordar los casos (Goti, Díaz & Arango, 2016).

El consumo problemático es descrito por el MINSAL como “aquel que produce directa o indirectamente consecuencias negativas para el adolescente o su entorno en áreas como: salud, familia, grupo de pares, escuela, seguridad personal y funcionamiento social” (MINSAL, 2006, p.23). Otros autores como Fernández & Lepetina (Citado en Cohen & Pérez, 2016) realizan una definición similar, refiriéndose al consumo problemático como el uso de drogas que afecta negativamente una o más áreas vitales, entre las cuales se encuentran “la salud mental y/o física, las relaciones sociales primarias o secundarias y finalmente su relación con la ley” (p.11). Los diagnósticos que se efectuaría para detectar dependencia de sustancias ilícitas, se registrarían por criterios clínicos entregados por convenciones como el CIE-10, específicamente, se consideraría un fuerte deseo de ingesta de sustancias, dificultades para controlar la conducta respecto al inicio o finalización de su uso, estado de abstinencia fisiológica, evidencias de tolerancia a la sustancia, abandono de placeres o intereses debido al uso de sustancia y la persistencia en uso de sustancia, a pesar de contar con evidencias de consecuencias altamente nocivas (Ballesteros & Sarmiento, 2014).

Dentro de los principales antecedentes que ha levantado la medicina basada en evidencia del consumo problemático como patología de salud mental, se encuentra que éste inicia generalmente en la adolescencia, siendo en aquel periodo donde frecuentemente se identifican los mayores índices de intoxicaciones y abuso de sustancias (MINSAL, 2006). Asimismo, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos, señala que la maduración cerebral de los/las adolescentes se puede ver afectada por el consumo repetitivo de sustancias ilícitas, influyendo en su desarrollo

a través de altos índices de fracaso escolar, problemas con la familia y otras relaciones, pérdida de interés en actividades saludables normales, deterioro de la memoria, mayor riesgo de contraer una enfermedad infecciosa (como el VIH o la hepatitis C) y desarrollo de diferentes problemas de salud mental (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, 2014).

Se ha encontrado que en adolescentes la progresión del fenómeno desde un abuso de sustancias hacia una dependencia de estas, puede tener una rápida escalada y que sus características son diferentes a las que se da en la población adulta, siendo importante destacar que: en esta etapa del ciclo vital los síntomas del síndrome de abstinencia son diferentes a las de los adultos, que la tolerancia a la drogas no es un buen elemento para diagnosticar dependencia en este periodo del ciclo vital, que los problemas de salud derivados del consumo son menos frecuentes que en adultos y que el abandono de actividades habituales por uso de sustancias puede no estar presente en los/las adolescentes (MINSAL, 2006).

A pesar de los avances en investigaciones de la temática de consumo problemático, al ser definido como una enfermedad biopsicosocial en la cual existen múltiples factores operando, no se ha llegado a consenso acerca de un tipo único de tratamiento. Esto ha generado diferentes respuestas a esta patología, ya que aún se desconocen muchas de sus características específicas. Según Prado (2002 citado en Villane 2012) lo mencionado podría dar como resultados modelos de rehabilitación diversos e incluso contradictorios.

En esta línea, es posible identificar modelos de tratamiento que plantean diferentes perspectivas acerca de cómo realizar intervenciones con personas que presentan consumo problemático. Para realizar una síntesis de estos planteamientos, se utilizará la categorización que realiza la Asociación de Entidades de Centros de Día [ASECEDI] (2009):

- Modelo ético- jurídico: Centra su interés en cómo el control de la oferta y demanda de sustancias ilícitas por parte del Estado y a través de las policías, puede disminuir el acceso a drogas. Plantea la problemática desde un paradigma en el cual lo que está en juego es el orden social, por tanto, el consumidor es quien no obedece a la norma y merece ser castigado.
- Modelo médico-sanitarista: Según este modelo la dependencia a las drogas sería una enfermedad biológica/genética, la cual debería tratarse a través de la prevención y programas de tratamiento que se orienten a cesar el deseo de

consumo. El consumidor de sustancias se presenta como una persona enferma que necesita un tratamiento individualizado que reduzca progresivamente el consumo.

- Modelo psicologista: Desde este modelo, la falta de recursos personales es lo que lleva al sujeto a consumir, por tanto, busca trabajar en las habilidades sociales a través de intervenciones psicológicas de carácter individual que fortalezca los recursos de los sujetos.
- Modelo sociocultural: Hace énfasis en cómo el sistema social posibilita la drogodependencia, por tanto, sus causas derivan de variables estructurales. Entiende que la relación entre sustancia- individuo-patología no es suficiente para dar cuenta del fenómeno de consumo, ya que no considera los factores históricos y contextuales que pueden llevar a consumir alguna sustancia.

Según la OPS & CICAD/OEA (1999 citado en Villane 2012) la extensa gama de visiones acerca del tratamiento del consumo de sustancias como problemática de salud mental, no solo se puede ver en diferentes países si no en programas de un mismo territorio, respondiendo a un sistema general de salud pública, a los lineamientos de un plan de salud mental nacional o a movimientos de grupos religiosos, entre muchos otros.

Lo anterior se hace relevante dado que ayuda a comprender la lógica detrás de las políticas que cada país tiene para enfrentar la problemática del consumo. En este sentido Madariaga (2018) indica que en Chile el tratamiento de adolescentes que presentan consumo y han cometido alguna infracción de ley, surge de los mandatos tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio del Interior, presentándose no sólo como un tema de salud, sino también como una problemática que pone en juego la seguridad pública. Sus implicancias radican en la doble “categorización que se la da al consumidor de sustancias ya que se concibe como enfermo y delincuente a la vez” (Lobos, 2012, p.25). Del mismo modo, este paradigma lleva a la implementación de programas de tratamiento de control sanitario-penal, que tiene un papel normalizador y educador, más que erigirse como un espacio terapéutico (Lobos, 2012). Esta visión acerca del consumo podría llevar a una mirada reduccionista de la problemática, que no considera la posibilidad de que la drogodependencia responde a factores sociales de desigualdad y exclusión.

En Chile se plantea la Norma Técnica 85 por el MINSAL (2006) que regula a todos los programas de tratamiento de drogas que trabajan con adolescentes que han cometido alguna infracción. Esta normativa se basa en un modelo comprensivo evolutivo

y busca tener una visión holística acerca de los factores que influyen en el cese y mantenimiento del consumo.

En principio, plantea que adolescentes que presentan consumo e infracción de ley se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, ya que su proceso de desarrollo ha sido marcado por historias de vulneración y carencia desde su infancia. Del mismo modo, se reconoce que eso se da en un contexto social de desigualdad de oportunidades, por lo que el foco de intervención no es solo el consumo, si no el conjunto de situaciones más amplio que la droga misma. Por otro lado, dado el ciclo evolutivo con que se trabaja se establece que las intervenciones deben ir orientadas desde una perspectiva de derechos y con un enfoque de género, además, se integra la necesidad de trabajar desde un modelo de factores protectores y de riesgos, en el cual los primeros deben ser potenciados y los segundos trabajados individual, familiar y socialmente. En relación con los factores de riesgo macrosociales, se identifica la accesibilidad a las sustancias y la aprobación social de drogas legales. Por otro lado, entre los factores de riesgo micro sociales se destacan los estilos educativos inadecuados como ambigüedad en normas sociales en la familia, la falta de comunicación y clima familiar adecuado, consumo por parte de algún familiar e influencia de pares que presenten consumo de sustancias.

Dentro de las etapas que considera el tratamiento, se encuentra la confirmación diagnóstica, la realización de un diagnóstico integral (de diferentes áreas profesionales), realización de un Plan de Tratamiento Individual en conjunto con el adolescente (PITI), realización de tratamiento y un periodo de cierre para realización de egreso. Posterior a esto se realiza un seguimiento del adolescente y la familia. Por otro lado, en relación a la pertinencia y eficiencia de los tratamientos Conejero (2012) postula que una intervención debe integrar un diagnóstico completo de la situación de adolescente para poder evaluar: necesidad de intervención psicológica individual y familiar, pertinencia de tratamiento farmacológico con énfasis en las comorbilidades de salud mental y orientación de intervenciones de profesionales que busquen la reinserción social del sujeto. Además, no se debe olvidar la necesidad de realizar acciones de carácter comunitario que consideren los entornos sociales en que se desarrollan diariamente los/las adolescentes.

Respecto a los tipos de tratamientos utilizados para tratar el consumo en adolescentes, se identifica una vasta variedad de técnicas que provienen de la terapia cognitivo conductual, de manejo de caso, programas de contingencias, terapias multisistémicas, psicoeducación, terapias grupales entre otras. Del mismo modo, la

entrevista motivacional se presenta como uno de los estilos de asistencia que ha adquirido relevancia en los últimos años, éste plantea que, para aumentar la motivación intrínseca de un sujeto, se debe evitar la figura del experto, los profesionales no deben tener una actitud autoritaria y tienen que mostrar empatía frente a la vivencia del otro (Pérez-Luco et al, 2014). Todas estas estrategias pueden usarse en las intervenciones tanto paralelamente como a lo largo de un tratamiento. Lo relevante es que se desarrollen en un plan individualizado según las características del usuario/a (Goti et al., 2016). Además, independientemente del tratamiento elegido hay cierta información que se debe recoger en las primeras atenciones para la realización de un diagnóstico, como lo es el patrón de consumo y sintomatología asociada, psicobiografía, psicopatología asociada, factores de riesgo y protección, antecedentes familiares de salud mental, dinámica relacional en contexto escolar o laboral entre otras (Goti et al., 2016).

Como se deduce la exploración y establecimiento de un diagnóstico requiere un número no menor de sesiones, del mismo modo, por la organización del sistema de salud es posible que las preguntas sean realizadas en dispositivos tanto del nivel primario como del nivel secundario o terciario, lo que provoca en muchos casos la desmotivación y frustración de los usuarios y usuarias. Esto se suma a la tendencia de este tipo de población a desvincularse de los dispositivos, tanto por la edad que tienen los sujetos como por su baja percepción de riesgo, presentando fuerte resistencia a la intervención (Goti et al., 2016).

En relación con esto, la evidencia señala que la realización de preguntas cerradas y de advertencias durante la primera influiría en la desvinculación, y que los gestos de “apoyo” tendría un efecto positivo, siendo fundamental en estos casos el trabajo motivacional en las primeras entrevistas (MINSAL, 2013a). Otro factor que se debe considerar es que este tipo de atenciones implican un alto costo económico ya que es necesario la combinación de estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales en diferentes niveles individual, grupal, familiar y comunitario (Goti et al., 2016). Por su parte, Vizcarra & Dionne (2008) plantean que el trabajo con adolescentes requiere intervenciones creativas, centradas en las soluciones y adaptadas tanto a su rango etario como aspectos culturales que presenten, del mismo modo, sostienen que será fundamental la existencia de modalidades variadas según las características de los sujetos y el acceso simple a los programas evitando la burocracia y papeleos que entorpezcan la generación de un vínculo terapéutico.

A partir de lo anteriormente expuesto es posible advertir que el tratamiento de consumo problemático y otras patologías de salud mental en un contexto de infracción, requiere un trabajo integrado y altamente coordinado. En esta línea, existe consenso respecto a la existencia de una figura referente llamada “encargado de caso”, que pueda coordinar a él o los equipos intervinientes con el fin de no generar duplicidad en las atenciones entregadas. Esto es relevante en tanto la “escasa coordinación entre los dispositivos de atención a la infancia y adolescencia” es considerada como una de las variables de mal pronóstico, que puede ser controlada con adecuadas estrategias de comunicación entre los equipos (Goti et al., 2016, p.19). Mas aún, cuando la liberación de plazas en los servicios de salud que entregan atención a población adolescente que ha cometido algún tipo de infracción puede demorar años en efectuarse (Cámara de Diputados, 2015).

4. Trayectorias de atención de salud mental

4.1 Concepto trayectoria de atenciones de salud mental en servicios institucionales de la red pública

El concepto de trayectoria ha sido utilizado por diferentes disciplinas para el estudio de fenómenos en el área de la salud, destacándose su utilidad para reflexionar acerca de las particularidades de las intervenciones ofrecidas a los sujetos y para analizar para los lineamientos sociales a los cuales responden las atenciones entregadas (Espinoza, 2018). El trabajo con trayectorias de atención de salud mental se ha definido por Stival (2018, p.23) como la “recuperación y análisis de las historias” que entregan itinerarios variados, a los cuales la personas otorgan sentidos y utilizan para resolver problemas de enfermedad, siendo de carácter dinámicos y cambiantes según las experiencias que los sujetos van vivenciando.

El concepto recoge los sentidos y valores que las personas otorgan a diversas experiencias de atención, ya que permite analizar su visión respecto a cómo son los tratamientos y las relaciones que establecen con los profesionales. Por otro lado, entrega una mirada de los espacios de salud habitados por las personas, permitiendo contextualizar experiencias de vida en momentos históricos y sociales específicos (Lera et al, 2007). Además, desde una perspectiva subjetiva permite levantar información acerca de hechos que suelen tener un peso significativo respecto a la toma de decisiones del propio cuidado de la salud, entendiendo que existen momentos claves en la vida que resultan relevantes para la reproducción de conductas o toma de decisiones posteriores y que van influyendo en las visiones de mundo respecto las

atenciones de la salud mental. Es por esto que el trabajo con el concepto “trayectoria” aporta en relación a la dialéctica sujeto-estructura, desde una mirada retrospectiva que plantea la importancia de los antecedentes y experiencias relacionales de atención para el futuro terapéutico del sujeto (Lera et al., 2007).

El estudio de las trayectorias también ha sido llamado como “camino de atención”. Rogles & Cortés (1993 citado en Berenzon & Juárez, 2005) plantean que este término incluye la relación entre los sistemas formales e informales de cuidado de la salud, influenciado por características culturales, tratamientos disponibles y restricciones económicas a las cuales los sujetos se enfrentan al momento de decidir participar en un dispositivo sanitario, siendo posible revisar caminos de atención que responden o no a los servicios institucionales de salud. En este sentido, la gestión de la trayectoria de salud de los NNA debe considerar un seguimiento continuo de la situación de salud, la circulación por los diferentes dispositivos y las necesidades particulares que requiere el sujeto de atención, el trabajo intersectorial entre los sistemas de atención debe articularse con el objetivo de realizar acciones que integren los contextos en que NNA se desarrollan, generando acciones de prevención y resguardando la continuidad de cuidados (Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2018).

Esta investigación considerará sólo los significados que emergen de programas pertenecientes al ámbito de la salud mental otorgada por el Estado, con el objetivo de analizar la complejidad que radica en la demanda de atención de casos complejos y poder comprender cómo los consultantes significan las prácticas terapéuticas (Stival, 2018). En relación a los servicios institucionales de la red pública que entregan atenciones de salud mental, se considerarán los programas pertenecientes a instituciones públicas u organizaciones sin fines de lucro que perciben recursos estatales para su funcionamiento y que cuenten con programas dirigidos a NNA en el ámbito de la salud mental. Específicamente programas pertenecientes al MINSAL en sus diversos dispositivos sanitarios, las atenciones de salud mental entregadas por el Ministerio de Justicia a través de los programas del área de protección de SENAME y las atenciones que son entregados por el convenio entre SENDA –MINSAL-SENAME – GENCHI ¹² del cual derivan los programas ambulatorios de tratamiento de consumo problemático en adolescentes.

¹² Convenio de colaboración técnica entre el servicio nacional de prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, Ministerio de Salud, servicio nacional de menores y Gendarmería de Chile que permite tratamiento integral a adolescentes y jóvenes ingresados al

4.2 ¿Qué es salud mental?

Con el objetivo de poder examinar las trayectorias de atención de salud mental, se hace relevante realizar una breve revisión de las diferentes nociones que existen respecto al concepto de salud mental, considerando que entregarán un sustento común cuando se analicen las ideas que evocan de los/las adolescentes entrevistados.

Existen múltiples definiciones, discursos y prácticas que hacen referencia a la salud mental, siendo utilizado en diferentes ámbitos a partir de los enfoques epistemológicos que predominan en un contexto social e histórico circunscrito (Restrepo & Jaramillo, 2012). Para poder identificar las principales visiones que existen al respecto, se utilizará la categorización que realiza Restrepo & Jaramillo (2012) quienes diferencian tres grandes grupos de concepciones acerca de la salud mental. El primer enfoque sería el “biomédico”, en él se reduciría la salud mental a aspectos anatómicos y disfunciones psicológicas. En este sentido, la ausencia de salud mental implica una patología que debe ser curada comúnmente con farmacoterapia u otros métodos que respondan al modelo. Dicho lo anterior, el enfoque impulsará la ejecución de servicios especializados para el tratamiento de trastornos mentales, enfatizando en el aumento al acceso a centros de salud, profesionales especialistas y fármacos, entre otros.

Un segundo enfoque sería “lo mental como conducta y cognición” en el cual el comportamiento de los sujetos determinaría la existencia de alguna patología de salud mental, interfiriendo directamente en ésta, los hábitos psíquicos y físicos saludables. Según esta visión, la responsabilización del mantenimiento de la salud será individual y las patologías serían desajustes que pueden tratarse modificando los comportamientos que lo originan (Restrepo & Jaramillo, 2012). En esta línea, lo normal se relacionaría con la adaptación de los comportamientos a formas de pensar/actuar universales y hegemónicas.

El último enfoque sería “lo mental como emergente social”, este se origina en la década de los 80' y surge como respuesta crítica a las intervenciones de salud en que predomina la farmacoterapia e individualización de los problemas. Argumenta que se ha reducido erróneamente el concepto de salud al tratamiento de enfermedades. Por tanto, busca investigar los factores estructurales que propician mejoras en la salud de los

sistema penal por ley 20.084 por consumo de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental (SENAME, 2016b).

sujetos, considerando que contribuir en ésta implica no sólo intervenciones individuales siendo necesario el establecimiento de condiciones políticas, sociales y económicas que permitan su desarrollo (Rastrepo & Jaramillo, 2012). En esta misma línea, investigaciones como la realizada por Ryff and Singer (citado en Fava 2012) han cuestionado que se equipare la salud con la ausencia de enfermedad, en tanto, sus estudios indican que la inexistencia de síntoma no implicaría una presencia de emociones positivas, y que aliviar los aspectos negativos no es suficiente para percibir bienestar subjetivo. De este modo, una de las ideas que surgen, es el entendimiento de salud mental y enfermedad como elementos independientes, ya que una no implicaría la presencia o ausencia de la otra, existiendo diversas maneras en que la salud y enfermedad se vinculan con el bienestar subjetivo (Liden, 2012).

En la actualidad existen diversas miradas y constructos que buscan medir los niveles de salud mental en las poblaciones. Una de estas es la que presenta Vaillant (2012), a través de un modelo en que se recogen diferentes formas de concebir una salud mental positiva, argumentando que es posible entenderla como un estado de madurez, la predominancia de emociones positivas, altos niveles de inteligencia socioemocional, un bienestar subjetivo o una resistencia a la adversidad. La OMS (s.f/(b)) por su parte, plantea que la salud mental abarcaría una serie de actividades relacionadas con el bienestar mental y respondería a la definición que esta institución realiza de salud, es decir, sería “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, integrando a su definición tanto la promoción y prevención de trastornos como el tratamiento de los malestares percibidos. Respecto a esto surge una serie de cuestionamientos respecto a la visión ideográfica que suele relacionar con las concepciones de salud, destacándose la importancia de integrar elementos culturales y sociales para su entendimiento, ya que algo que es saludable en un contexto puede no serlo en otro (Vaillant, 2012).

El desarrollo educacional, artístico y físico suele no considerarse cuando se habla de salud mental, pero es cada vez más común la realización de estudios en que se relacionan estas áreas con el bienestar subjetivo (Stein,2012). Es así como algunos autores se han cuestionado si las intervenciones en este ámbito deberían solo responder al personal clínico. Al respecto la OMS (2004) agrega que promover la salud mental implica no solo trabajar con el sujeto sino también con las comunidades e instituciones en donde se desenvuelve, potenciando sus habilidades y considerando las condiciones de vida que los rodean.

A partir de lo expuesto, preguntas como las realizadas por Vaillant (2012) permiten dejar abierto el debate sobre qué se está entendiendo por salud mental. En

este sentido ¿A qué nos referimos cuando hablamos de una buena salud mental? ¿es buena para el yo o para adaptarse a lo establecido socialmente?

4.3 Relación terapéutica adolescente-profesional

Uno de los elementos relevantes en cualquier proceso terapéutico es la conformación de una relación entre el/la adolescente y profesional que guía dicho proceso. En este sentido, se revisará el concepto de manera breve debido a que es probable que en las narraciones que realicen los/las adolescentes respecto a las trayectorias de atenciones de salud mental se recoja parte de dicha relación.

Santibáñez (2002) plantea que tradicionalmente se ha conceptualizado como un tipo de relación profesional en la cual el terapeuta expresa preocupación genuina por un paciente sin formar parte de sus relaciones interpersonales cotidianas. En principio se debe considerar que a pesar de que tanto consultante como terapeuta no pueden ser entendidos si no es en su interacción, han existido esfuerzos por diferenciar cuál es la influencia que cada uno tiene en favorecer el cambio terapéutico (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986 citado en Fernández, Herrera & escobar 2016). Respecto esto, la teoría de los factores comunes ha entregado ciertos elementos que permiten hipotetizar cuál es el papel que cumplen. Lambert (1992 citado en Campagne 2014) por ejemplo, realiza una revisión sobre el trabajo de otros autores señalando que existirían cuatro elementos centrales en los procesos psicoterapéuticos independiente cual sea la línea teórica que los profesionales suscriben. En primer lugar, estarían los factores del cliente que explicaría el éxito terapéutico en un 40%, en segundo lugar, estarían los factores de la relación con el terapeuta que influirían en un 30%; Finalmente estaría el placebo o expectativa y el modelo o técnicas que desarrolla cada profesional, teniendo un 15% de peso relativo cada uno de estos últimos.

El segundo elemento, es decir, la relación terapéutica se suele relacionar con el estudio de la Alianza terapéutica abordada por diversas corrientes de la psicología las cuales le han dado énfasis particulares según su campo de estudio (Bordin, 1979 citado en Fernández, Herrera & Escobar, 2014). En los próximos párrafos se nombrarán algunas de las investigaciones que hacen referencia a la temática.

Frank (1982 citado en Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra & Müller, 2008) señala que existirían elementos comunes a todas las psicoterapias que favorecen el vínculo terapéutico rescatando, la mantención de una relación significativa, entrega de confianza y esperanza de cambio, ofrecimiento de información nueva, facilitación de activación emocional, propiciar aumento de autoeficacia y la entrega de oportunidades

para constatar cambios. Una investigación más reciente realizada por Mendoza (2016) en la cual se recoge la opinión de adolescentes que asisten a terapia, se obtuvo como uno de los principales resultados la valoración de una relación con un alto componente afectivo, empática y horizontal en la cual de manera progresiva se desarrollaba la confianza. Asimismo, Karver (2008 citado en Fernández, Herrera & Escobar, 2014) a partir de los estudios que realiza, expresa cómo se reconoce a terapeutas que responden a experiencias emocionales y realizan acuerdos con los atendidos respecto a cómo guiar la terapia.

Por su parte, Páramo (2011) pregunta a adolescentes y terapeutas sobre cómo debería ser figura profesional, obteniendo que la importancia de la autenticidad, la aceptación, empatía, muestras de apoyo y el ejercicio de un rol directivo por parte de los profesionales, siendo éstas las características centrales que reconocen los/las adolescentes. En este mismo sentido, Fernández, Herrera & Escobar (2014) en un estudio realizado a adolescentes que reciben psicoterapia, obtienen como uno de los resultados la importancia de que el profesional muestre simpatía, flexibilidad, compromiso y te “trate como igual”. En contraste con lo mencionado Kasija & Oviedo (2001) reconocen actitudes de terapeutas que obstaculizan procesos psicoterapéuticos, destacando el establecimiento de una relación fría y distante, relaciones asimétricas, poco contacto visual y escasa actitud de escucha.

Desde la mirada de la psicoeducación uno de los principales elementos a considerar al intervenir con población adolescente que presenta consumo problemático e infracción de ley tiene que ver con los esquemas relacionales o formas de actuar de los profesionales en una interacción de vivencia compartida con un sujeto, considerando que estas influirían en la generación de un vínculo terapéutico. Vizcarra & Dionne (2008) postulan como principales: 1) La consideración, indispensable para el establecimiento de una interacción positiva se define como la estima o reconocimiento del valor intrínseco de una persona e implica el reconocimiento de otro en su diferencia, valorando a la persona sin cuestionar su apariencia o sus intenciones. 2) La disponibilidad, se refiere a cómo los profesionales salen de su comodidad personal y son capaces de estar en disposición de escucha de un otro, estando conscientes de sus necesidades, prestando atención y estando conectados con el presente. 3) La seguridad, se relaciona con la capacidad del profesional de ser consciente de sus vulnerabilidades y fortalezas para no paralizarse y poder actuar de manera adecuada en situaciones críticas en donde el sujeto necesita de ayuda para guardar la calma. 4) La confianza, este esquema es fundamental para que se genere una relación de ayuda,

requiere la creencia del interventor en la fortalezas y posibilidades de desarrollo del sujeto, aun considerando las condiciones de dificultad en las que se encuentre. 5) La congruencia, se refiere al encuentro con un otro auténtico y a la búsqueda de la honestidad, la relación entre lo que se dice y se hace, de cómo los interventores se presentan de manera coherente como profesionales y personas frente a un adolescente. 6) La empatía, la capacidad de ponerse en el lugar de otro, contactar con las propias emociones para poder comunicar sensaciones y sentimientos frente a una situación que es relatada. Todos estos elementos serían fundamentales para establecer una relación de ayuda que permita la vivencia de nuevas experiencias que pueden propiciar el cambio terapéutico y tomas de conciencias continuas a través de vivencias compartidas (Vizcarra & Dionne, 2008).

Se hace importante destacar que los/las adolescentes tienen un papel activo y de gran importancia el desarrollo de éxitos terapéuticos (siendo considerado por la teoría de factores comunes como el de mayor relevancia), no obstante, dado los objetivos de este trabajo se profundizó en las evidencias respecto a las actitudes o tipos de relaciones que se construyen con los profesionales y que facilitan el cambio. Todo esto bajo la premisa de que el rescate de la visión de los atendidos respecto a estas actitudes permite enriquecer las atenciones de los servicios a través de la inclusión de la voz de los/las adolescentes en la retroalimentación de los procesos terapéuticos

4.4 Atenciones de salud mental en sistema público

La alta demanda de intervenciones en el área de salud mental que requiere esta población hace preguntarse por la urgencia de contar con dispositivos y recursos tanto financieros como humanos que entreguen atenciones eficaces. Es así como la oferta pública y el rol de sus actores adquiere relevancia, en tanto es posible visualizar si las estrategias que se están utilizando facilitan o no el acceso a una atención adecuada.

En relación a esto, la oferta pública en donde se pueden solicitar atenciones de salud mental se resume en: un nivel primario que entrega atenciones ambulatorias de salud y actúa como un derivador de los casos que necesitan un tratamiento de mediana o alta complejidad, pudiendo ser aquellos: Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Hospitales de la Familia y la Comunidad (HC), Consultorios Generales Urbanos (CGU), Postas de Salud Rural (PSR) entre otros. Del mismo modo, estarían los establecimientos de nivel secundario de mediana complejidad, en los cuales se realizan diagnósticos de especialidades y se entrega atención tanto ambulatorias como hospitalarias, siendo estos Centros

Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centro de Atención Ambulatoria para personas con consumo problemático alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento) y los Centros de Referencia de Salud (CRS). Finalmente, un nivel terciario que responde a las urgencias psiquiátricas y entrega tratamientos especializados, ofreciendo el servicio de hospitalizaciones para los casos con mayor riesgo, a través de los Centros y Hospitales de especialidad entre los que se encuentran los Hospitales de día adulto e infanto adolescente, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) para Población Adulta e Infanto Adolescente tanto en medio libre (Ex-Corta Estadía) como en medio privativo y Hospitales psiquiátricos (actualmente son cuatro a nivel nacional). (Aguilera et al 2019; MINSAL, 2018a). A los centros nombrados puede acceder todo tipo de población teniendo la posibilidad de ser atendida por diferentes profesionales de la salud mental, pudiendo ser estos psicólogos, trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales, médicos, técnicos en rehabilitación, entre otros. (Langer, Sanchez & Margotta, 2018).

En el caso particular de adolescentes que hayan presentado algún tipo de infracción a la ley, se deben considerar los criterios de ingreso a los Hospitales de corta estadía, entre los cuales están: encontrarse en una etapa aguda de un trastorno mental que no pueda ser tratado de forma ambulatoria, la realización de conductas de auto o hetero agresión y la hospitalización designada por alguna autoridad sanitaria (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2014). Sumado a lo anterior, existen establecimientos de abordaje específico como lo son Hogares y Residencias protegidas para personas que presentan “discapacidad de origen mental e insuficiente o nula red de apoyo” (p.70), éstas se presentan como una alternativa para dar respuesta a necesidades de cuidado de personas que cuenta con altos niveles de dependencia (MINSAL, 2018a).

4.5 Atenciones de salud mental derivadas del Sistema de Protección Nacional de la Infancia [SENAME]

La vulneración de la infancia es entendida como una trasgresión de los derechos consagrados en la Convención De los Derechos del Niño (1989), siendo deber del Estado garantizar su restitución en el caso que estos hayan sido vulnerados (Defensoría de la Niñez, s.f). La protección de los niños, niñas y adolescentes en nuestro país ha estado principalmente encargada por el SENAME, el cual a través de diferentes programas especializados cubren áreas de vulneración como lo es la explotación sexual, reparación de la violencia intrafamiliar, deserción escolar y consumo

problemático de drogas en adolescentes (López & Rojas, 2017). Esta institución tiene tres áreas principales de intervención: adopción, justicia juvenil y protección de derechos, estas dos últimas líneas tienen relación con el presente estudio por lo que serán descritas brevemente.

El área de justicia juvenil (descrita en mayor profundidad en apartado II) tiene como finalidad hacer cumplir las sanciones y medidas determinadas por los tribunales de justicia, buscando como último objetivo lograr la reinserción del joven (SENAME, 2020). Por otro lado, el área de protección busca restituir los derechos, procurando la reparación del daño de NNA que han sido vulnerados, a través de la oferta de cuidados alternativos y programas ambulatorios que cuenten con estándares de calidad óptimos y contribuyan en el desarrollo integral de los NNA (SENAME, s/f(a)).

A continuación, se describe brevemente la oferta programática de SENAME de la Región de Los Lagos con el objetivo de situar las atenciones a las cuales habrían podido acceder los/las adolescentes entrevistados (SENAME, 2020).

Oficinas de Protección de Derechos (OPD)	Se encargan de articular las redes que garanticen la protección de derechos en caso de vulneraciones.
Centros de Diagnóstico Ambulatorio (DAM)	Su objetivo es realizar evaluaciones periciales en situaciones en que NNA han sido víctimas de vulneración graves de derechos.
Programas de Familias de Acogida (FAE)	Reemplaza la modalidad residencial y provee entornos de cuidado en contextos familiares con acciones de reparación de daño y restitución de derecho de vivir en contexto familiar.
Programas de Prevención Focalizada (PPF)	Busca fortalecer las competencias de cuidado de familias y/o adultos significativos de NNA cuando existe vulneraciones de derecho leves-moderadas o no constitutivas de delitos.
Programa de intervención especializada en niños/as y adolescentes que presentan	Busca la interrupción de conductas abusivas de carácter sexual de

conductas abusivas de carácter sexual (PAS)	adolescentes, fortaleciendo factores protectores y resignificando experiencias de vulneración.
Residencias de protección para mayores (RPM) y residencias de protección para mayores con programa especializado adosado (REM/PER)	Proteger a NNA en situación grave de vulneración a través de una internación transitoria en una residencia.
Programa de Intervención Integral Especializada (PIE)	Busca reparar daño causado a NNA que ha sido víctima de graves vulneraciones de derechos y presentan sintomatología, problemas de consumo, transgresión de derechos de otros y/o prácticas abusivas sexuales, esto a través de la entrega de atenciones coordinadas con sectores complementarios (Salud, Educación, Protección Social, entre otros) .
Programa de protección especializada en intervención educativa (PDE)	Busca la reinserción educativa de NNA que se encuentran fuera del sistema escolar atendidos por PIE o otros programas de la red 24 horas ¹³ .
Programa de protección especializada para NNA con consumo problemático del alcohol y/u otras drogas (PDC).	Busca la interrupción del consumo problemático de NNA atendidos por PIE o otros programas de la red 24 horas.
Programas especializados en temática de NNA en situación de calle (PEC)	Busca poner término a situación de calle de NNA a través de medidas que aseguren la protección por parte de adultos responsables.
Programa de protección especializada en explotación sexual comercial infantil y adolescente (PEE)	Busca realizar proceso reparatorio de víctimas de explotación sexual.
Programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual juvenil (PRM)	Realizar proceso reparatorio de NNA que ha sufrido maltrato físico y /o psicológico constitutivo de delito.
•Residencia para lactantes y preescolares (RPP) residencias de protección para lactantes y preescolares con programas adosados de intervención residencial (RLP-PER)	Garantizar la protección de lactantes y niños/as en primera infancia a través de acciones de resignificación y reinserción a contextos familiares y de protección.

¹³ El Programa 24 horas responde a una estrategia intersectorial entre la Subsecretaría de Carabineros, el Servicio Nacional de Menores, dependiente del Ministerio de Justicia, y la Subsecretaría de Prevención del Delito, dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Su objetivo es el trabajo de situaciones de vulneración y la interrupción de conductas transgresoras por NNA (SENAME, s/f(c)).

Centros de Reparación Especializada (CREAD) [Región de la Araucanía]	Programas de atención especializada para NNA gravemente vulnerados, la población objetivo son NNA con intervenciones fallidas anteriormente, baja adherencia y sobre intervención.
--	--

Resumen de catastro oferta programática Región de Los
Lagos

Es importante mencionar que en los últimos años el área de protección ha sido duramente criticada debido al conocimiento de casos en que se ha comprobado prácticas sistemáticas de violencia en centros de protección, además de conductas negligente por parte de los profesionales, reflejando una incapacidad para dar respuesta a la alta demanda que reciben (González, 2017). En esta línea, un estudio publicado por el Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica plantea que existen indicios suficientes para sostener que SENAME no ha logrado una protección efectiva de los niños y niñas que llegan a sus espacios, tendiendo a ser insuficiente en la prevención y reparación del daño (Domínguez, Muñoz, Alvarado & Villalón, 2019).

De esta manera, muchos de los NNA que ingresan a estos programas han recibido intervenciones sociales que no han sido efectivas en el cese de círculos de vulneración, llevando a que los casos que ingresen aumentan su complejidad con el paso del tiempo y que estos lleguen a ser considerados como adolescentes “multi problemáticos” a los cuales ningún centro es capaz de responder (Campoverde & Quiroga, 2016). Esto podría tener como consecuencia que se focalice en las carencias de NNA, en donde la posibilidad de patologización de sus conductas al ser vistos como peligrosos es latente, a su vez, existen autores que plantean el riesgo de cristalización de desconfianza hacia los adultos, al experimentar el sentimiento de no ser entendidos ni apoyados de manera adecuada (Lipovetsky, 2003; Giddens, 1994; Fukuyama, 1996; Brunner, 1998; Bauman, 2007; Touraine, 2005; Hopenhayn, 2007; Beck, 2013 citado en Hogar de Cristo 2017).

La investigación realizada por Jorge Álvarez (2014) en la cual se busca encontrar factores de riesgo respecto a jóvenes que hayan pasado por el sistema de protección y después hayan ingresado al sistema de justicia juvenil, expresa que existe una relación significativa entre reingresos a la red de protección y posterior entrada a la red de justicia. No obstante, concluye que la cifra de jóvenes que ingresan de proyectos de protección al circuito de justicia juvenil no es mayor que el 7,9 %. Por otro lado, la investigación realizada por *Fundación Paz Ciudadana* y *Fundación San Carlos de Maipo*

(2015) señala que alrededor del 42,5 % de los hombres que se encuentran en un recinto penitenciario habían pasado por algún centro del SENAME, dato que es relevante si se considera que un gran número de los sujetos que se encuentran en régimen penal ha tenido una trayectoria de intervenciones del área psicosocial. Independientemente de las cifras, es posible identificar que desde el imaginario colectivo se suele relacionar el sistema de protección con el sistema penitenciario, a pesar de que los datos no sean contundentes al respecto.

Según el estudio realizado por la Fundación Hogar de Cristo (2017) 49,6 % de los NNA que participan en alguno de sus dispositivos de atención presentan algún tipo de diagnóstico de salud mental y 43,1% consume algún tipo de medicamento psiquiátrico, siendo un 27% de estos de once o menos años. Asimismo, respecto al número de programas de protección en los cuales han asistido (tanto ambulatorios como residenciales) los datos indican que 34,3% han participado entre cuatro a seis programas, un 27,7% entre siete a nueve programas y un 19% en 10 o más programas. Este estudio en su dimensión cualitativa rescató también que muchos de los NNA atendidos no suelen conocer los objetivos de las sesiones guiadas ni los roles específicos de los profesionales que prestan atenciones. Por otro lado, detectó como nudo crítico la experiencia de desarraigo que muchos NNA experimentan al ser trasladados lejos de sus hogares por la inexistencia de programas especializados en su territorio y el paso por un número excesivo de programas. Esto último adquiere importancia ya que existe evidencia acerca del daño psicológico que producen las reiteradas colocaciones en diversos dispositivos, ya que no solo dejan intervenciones inconclusas, si no que pueden generar experiencias de duelo y sensaciones de abandono que dificultan el desarrollo de procesos de reparación. La temática de trauma es una de las experiencias que esta población ha sufrido más repetitivamente, es por esto que, se hace indispensable que las intervenciones consideren las teorías de apego, un enfoque de derechos y una perspectiva de género, que propicie ambientes de confianza a través de la generación de vínculos duraderos, ya que esto que posibilitan conversaciones en profundidad y con apertura entre NNA y los profesionales (Hogar de Cristo, 2017, p.1).

Otro resultado relevante del estudio de Álvarez (2014) anteriormente nombrado, es que destaca como factor de riesgo el sobrediagnóstico realizado en la red de protección, lo que abre el debate acerca del diálogo y procesos de comunicación entre equipos intervinientes. De esta forma se ha levantado la demanda de la necesidad de la reorganización de la red, lo cual es relevante en tanto dentro de los mismos

profesionales del área de protección surge como nudo crítico la necesidad de articulación entre programas, argumentando que, a pesar de la existencia de una vasta oferta,¹⁴ en muchos casos los programas funcionan de manera independiente pudiendo existir duplicidad de intervenciones en jóvenes con varios reingresos (López & Rojas, 2017).

Contreras, Rojas & Contreras (2015) postulan que en estos casos el sujeto “está mayoritariamente fragmentado en virtud de los sectores que lo abordan, lo que obstaculiza una adecuada coordinación de las intervenciones desde las distintas áreas” (p.98). Esto es preocupante en tanto la poca efectividad de las intervenciones llevaría a cronificar las vulneraciones de derechos, ya que a la vulneración que presentan los/las adolescentes en su contexto de origen, se pudiese sumar una vulneración por parte del sistema proteccional al no entregar atenciones adecuadas. La relevancia de una coordinación entre los equipos teniendo como foco la mirada del individuo como sujeto de derechos y la importancia de que la intervención no contribuya a la cronificación de experiencias traumáticas que ya han vivido los/las adolescentes sería fundamental, debido a que permitiría el cese en la experimentación de situaciones de vulneración, el cual es un factor de riesgo para el inicio de conductas delictuales (SENAME, 2016b).

4.6 Sobre-intervención

A partir de lo anterior es posible visualizar cómo el concepto sobre-intervención o duplicidad de la intervención se menciona en diferentes documentos cuando se abordan casos que se encuentran intervenidos por diferentes sistemas de atención. Este término a pesar de que es posible hallarlo como parte del vocabulario común de los diferentes profesionales de la salud mental no tiene una definición clara. Por lo expuesto se presentará cómo es utilizado el concepto en diferentes investigaciones relacionadas con la temática de NNA que participan en los sistemas de protección.

Uno de los documentos más reciente en que se utiliza el concepto es el Acuerdo Nacional por la Infancia en el cual se busca que exista un acceso efectivo a la oferta social de protección de NNA. En él se expresa la importancia de “evitar la sobre intervención jurídico-bio-psico-social” (Ministerio de Justicia, 2018, p.3), procurando la coordinación entre los programas a través de la existencia de una figura de gestor de

¹⁴ Ultimo catastro de oferta programática de la red SENAME (SENAME, 2020).

casos que dé coherencia al trabajo realizado, así como la implementación de nuevos programas evaluados por la UNICEF que se adecuen a las necesidades de NNA.

Otra investigación en que aparece el concepto es la de Burky (2017) que realiza un análisis al Programa 24 horas a través de entrevistas de los profesionales que participan en esta red. En el documento se expresa que existe “un proceso de gobernanza fraccionado” (p.1) que se evidencia en la no coordinación de los profesionales a cargo de los casos complejos, reduciendo los canales de comunicación a la buena voluntad entre profesionales. Como consecuencia de lo anterior se generarían flujos de información desiguales y desgaste en los equipos de intervención que no logran evitar la sobre intervención. En esta investigación los profesionales manifiestan que el principal efecto de la falta de coordinación era la sobre intervención en casos, ya que cada uno no conocería los objetivos de trabajo que tienen los diferentes programas de la red, lo que tendría como resultado una minimización de la efectividad de las intervenciones. Esto es relevante porque dentro de los elementos que los profesionales señalan se relacionan con la sobre intervención se encuentra: “lineamientos técnicos de programas que no dialogan entre sí, visión fragmentada de casos, equipos de trabajo que deben reparar intervenciones anteriores y frustración de equipos de trabajo” (Burky, 2017, p.120).

Una última investigación es realizada por Petersen (2016), quien discute el concepto de intervención especializada en SENAME, argumentando que la modalidad de funcionamiento actual no da respuestas integrales a la vulneración de NNA, y que las familias suelen presentar problemáticas conjuntas que no son trabajadas desde su totalidad, sino que dando lugar a derivaciones de diferentes programas que trabajan de manera parceladas, generando en muchos casos sobre intervención.

En respuesta a lo presentado *el modelo de redes integradas de servicios de salud (RISS)* es una de las iniciativas que busca abordar el problema de fragmentación de los servicios, entendiendo que el acceso, la continuidad y calidad de las atenciones entregadas en las instituciones de salud son un derecho básico de todo individuo (Pérez & Arrivillaga, 2017). Su objetivo principal es la entrega de asistencia “de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida” (Organización Panamericana de la Salud, 2017, p.22) lo que no solo implica sistemas informáticos eficaces y acuerdos de derivación entre instituciones, sino que obedece a una manera de organizarse y entender la complementariedad de los diferentes servicios de salud.

Este modelo se caracteriza por basarse en un enfoque “centrado en las personas” en el cual se busca entender el significado que tiene la dolencia en la vida del usuario, explorando en su contexto y co-construyendo tratamientos que aborden las inquietudes de los atendidos (Fuentes & Albinos, 2016). Por otro lado, entre los principios que releva el RISS se encuentra el de accesibilidad, es decir, que cualquier usuario pueda recibir una atención garantizando su posibilidad de utilizar servicios de salud. También se le da importancia a la continuidad de la atención, que se refiere a cómo las atenciones recibida tienen una secuencia lógica y racional que sean percibidas por los usuarios como conectadas en el tiempo (Barreto & González, 2018), siendo un proceso esencial que implica la relación de la persona con el sistema de salud y con el grado de individualización del cuidado (MINSAL, 2018b). Y la integralidad que alude a la capacidad de tratar las necesidades de los usuarios tanto preventivamente como clínicamente a través de una conexión de los servicios que trabajan tanto de manera vertical como horizontalmente (Aravena, 2014). En relación al segundo principio del RISS, es relevante garantizar la continuidad relacional, continuidad en la información, continuidad en los servicios y continuidad en el abordaje, entendiendo que adolescentes que han infringido la ley han tenido vivencias repetidas de pérdidas y se relacionan con apoyos de diferentes servicios, por lo cual se recomiendan derivaciones personalizadas, trabajo colaborativo desde la especificidad de los objetivos en que cada institución trabajará, actividades clínicas organizadas y comunicación entre quienes intervienen (Pérez-Luco et al, 2014)

Diferente literatura ha apoyado su relevancia en los últimos años, entendiendo que su implementación influye directamente en la capacidad de respuesta de los servicios de salud (Minoletti et al., 2018). Específicamente en el área de salud mental, la alta prevalencia de diferentes trastornos ha generado que la Organización Panamericana de la Salud haya planteado que trabajar con un modelo de redes integradas es un desafío importante para los servicios asistenciales, considerando que si se lleva a cabo de manera exitosa puede influir directamente en la eficiencia y eficacia de las intervenciones (Aravena, 2014).

En Chile, la creación de la Atención Primaria de Salud (APS) ha sido un aporte para la conformación de una red integral de servicios de salud mental, no obstante, son muchos los desafíos que aún quedan, ya que no solo deben integrarse los servicios que son pertenecientes al MINSAL, sino que también los que pertenecen a la red de servicios sociales y que se encuentran entregando atenciones de salud mental, con el fin de evitar

la sobre-intervención (Minoletti et al., 2018). En esta línea, algunos de los convenios intersectoriales que destaca el SENAME (s/f(b)) se encuentran:

-El Convenio de Colaboración Técnica Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA), Ministerio de Salud (MINSAL) y SENAME para la población de Protección de Derechos, que busca entregar una atención integral para NNA que presenten consumo problemático de sustancias y están vinculados a la línea de protección de SENAME.

-La Estrategia Nacional Sistema intersectorial de salud integral con énfasis en salud mental, que tiene como objetivo mejorar el acceso de salud para NNA vinculados a SENAME tanto de la línea de protección como de justicia a través de prácticas colaborativas entre sectores como MINSAL, SENAME, SENDA.

-Convenio de traspaso de Datos MINSAL – SENAME Central – Plataforma Institucional SENAINFO – Módulo MINSAL, que busca regular y contribuir al intercambio de información respecto a la situación de salud, continuidad de controles y planificación de cuidado que aseguren el bienestar de NNA.

- Convenio MINSAL y SENAME, que tiene como objetivo compartir información respecto a diagnósticos, prestaciones, tratamientos y seguimiento clínico que realizan los equipos de salud.

En nuestro país existe poca información respecto a la forma en la que se ha llevado a cabo el modelo integral en los centros de salud, no obstante, una de las debilidades encontradas en la red de integración nacional es la variabilidad de la capacidad de respuesta a lo largo del país (Minoletti et al., 2018). Asimismo, la OPS plantea que los desafíos de implementar este modelo en América Latina incluyen superar la segmentación existente en los sistemas de salud, cambiar el predominio de programas focalizados por enfermedad y solucionar los problemas de distribución de los recursos entre servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud postula que si no se adopta un enfoque de servicios integrados las atenciones de salud se harán insostenibles, en tanto, serán fragmentadas e ineficientes (MINSAL, 2018b). Por todo lo anterior, el MINSAL plantea que la importancia de utilizar el modelo recae en que existe sustento teórico suficiente para decir que su aplicación evita la “duplicación de infraestructura y logra un flujo expedito entre diferentes componentes y actores de la red asistencial” (MINSAL, 2013, p.17).

Finalmente, es importante mencionar que a pesar de que no existe definición clara del concepto de sobre intervención, sí existen iniciativas que buscan abordar la problemática. Por otro lado, al ser un levantamiento que surge de la praxis misma como nudo crítico de los profesionales del área respecto a las atenciones de salud mental, se decidió integrar a esta investigación.

IV. MARCO METODOLÓGICO

1. Enfoque epistemológico

Todo proceso investigativo se realiza desde una posición particular desde la cual se observa un objeto de estudio, siendo imprescindible precisar el enfoque epistemológico desde el cual nos situamos y produciremos conocimiento (Bonilla, & López-Suárez, 2016). En este sentido, esta investigación se situará desde la perspectiva del construccionismo social, el cual se enmarca en el pensamiento posmoderno, planteando que los fenómenos son “construidos socialmente y obtienen su significado en las interacciones” (Agudelo & Estrada-Arango, 2012, p.356). Desde esta perspectiva, lo que se entiende como real se da a partir del intercambio lingüístico y origina múltiples construcciones de mundo, siendo el aspecto relacional de la comunicación la arista básica de este planteamiento (Gergen, 2007).

El construccionismo se diferencia de otras epistemologías en tanto se plantea “desarrollar una perspectiva alternativa al enfoque individual del conocimiento, permitiendo analizar el rol que juega el saber compartido por una comunidad en la mantención y reproducción de la realidad” (Sandoval, 2010, p.33). El saber compartido, estaría en continua negociación y sería de carácter dinámico, por lo tanto, toda investigación que se circunscribe a esta episteme asume que sus conclusiones son válidas en un contexto situado, desde el cual se interpretarán sus resultados a la luz de un momento histórico y los alcances locales que adquiera (Agueldo & Estrada-Arango, 2012).

Por otro lado, como plantea Rodríguez (2008) uno de los aspectos que podrían llevar a la utilización del enfoque radica en permite ver el conocimiento como medio de transformación social, teniendo entre sus objetivos la obtención de beneficios comunitarios debido a la construcción mutua que se realiza entre investigador y sujeto de estudio. En este sentido, el/la investigadora adquiere un papel esencial, ya que no sólo es mediador de los significados, sino que también toma un rol en la producción de conocimiento. Del mismo modo el carácter transformativo del diálogo permite plantearse nuevos sentimientos y premisas respecto a modelos de mundo (Gergen, 2007).

Asimismo, lo planteando coincide con esta investigación, en tanto se busca indagar tomando como referencia directa la propia perspectiva de los/las adolescentes, quienes a través de sus narrativas evidencian prácticas socioculturales y formas de vida. De esta forma, la conversación adquiere un papel esencial, ya que reconstruir

experiencias a través de las narraciones nos permite reflexionar y cambiar nuestras formas de relacionarnos (Gergen, 2007).

2. Enfoque metodológico

El enfoque metodológico que guiará este estudio será de carácter cualitativo, entendiendo que el fenómeno estudiado requiere un análisis inductivo que recoge “narraciones limitadas local, temporal y situacionalmente” (Flick, 2007, p.15). El describir trayectorias de atención implica una inmersión en los significados y vivencias de los/las adolescentes, presentándose el enfoque cualitativo como el más adecuado para comprender estas experiencias desde la propia perspectiva de los usuarios del Programa Ambulatorio Intensivo de la Corporación Comunidad Vínculos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Otra cualidad que tiene la utilización de este enfoque es que permite validar múltiples discursos abarcando la diversidad y diferencias de las narraciones de los sujetos y contribuyendo al estudio de aspectos más complejos de la praxis social de un contexto delimitado (Flick, 2007).

Por otro lado, al presentarse como un estudio exploratorio con una base cualitativa, puede permitir levantar “conceptos sensibilizadores” que contribuyen a orientar nuevas líneas investigativas y generar información rica en complejidad (Flick, 2007).

3. Diseño muestral

Dado el enfoque cualitativo de esta investigación los criterios de la muestra fueron escogidos de manera intencional no-probabilística, seleccionando los atributos de los sujetos que permiten obtener la información requerida para responder a los objetivos de investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). De esta manera, la población de la cual se obtuvo la muestra corresponde a los usuarios del Programa Ambulatorio Intensivo de la Comunidad Terapéutica Vínculos, la elección de éste radica en que se extendió solicitud a diversos espacios que trabajaran con la población requerida y fue “Comunidad vínculos” quienes aceptaron y accedieron a facilitar el contacto con los/las adolescentes, al igual que, prestar orientación respecto a las entrevistas. De igual forma, se justifica su elección dado que se trata de un programa próximo geográficamente a la investigadora.

La investigación utilizó el muestreo teórico para seleccionar a los entrevistados. Este tipo de muestreo permite que la recolección de datos y análisis de estos se realice de manera paralela. Del mismo modo, los sujetos son elegidos por el investigador no

deseando una representatividad estadística, sino buscando que el número de casos sea suficiente para comprender teóricamente el fenómeno estudiado. Respecto a lo anterior, fue la Corporación quien según los criterios muestrales propuso una nómina de adolescentes que podían ser entrevistados.

Se realizó el muestreo a partir de criterios iniciales que, se presume, podrían ser relevantes en la elección de los sujetos de estudio (Glaser & Strauss 2006 citado en Quezada 2014). En este sentido los criterios de inclusión que guiaron la selección son:

- 1) Tener entre 14-21 años, entendiéndose que es el rango etario considerado como parte del periodo evolutivo de la adolescencia, etapa en que es posible la reflexión respecto a procesos psicoterapéuticos (Alcaíno et al, 2013). Cabe destacar que, pesar de que el concepto adolescencia incluye teóricamente sujetos desde los 10 años, no se integrarán adolescentes menores de 14 años dado que son legalmente inimputables, no cumpliendo el requisito de ser procesados por algún tipo de infracción a la ley,
- 2) Participación actual en programa PAI, lo cual implica que el/la adolescente ha sido diagnosticado con consumo problemático de sustancias y ha cometido alguna infracción a la ley penal adolescente 20.084
- 3) Tener experiencia de haber participado en algún programa de la red SENAME, ya que nos permite aumentar la probabilidad de nuestra población objetivo, que responde a un grupo de adolescentes que han sido institucionalizados por diferentes sistemas de atención
- 4) Encontrarse en etapa de tratamiento o seguimiento en programa Comunidad Vínculos, considerando que realizar entrevistas a usuarios que se encuentren en periodo de diagnóstico podría ser invasivo e influir en la adherencia al espacio terapéutico.

Así mismo los criterios de exclusión serán:

- 1) Ser usuarios menores de 14 años o mayores de 21 años,
- 2) Presentar patología severa o descompensada de salud mental
- 3) Presentar riesgo suicida activo. De esta forma, no se incluyó ningún adolescente que contara con alguno de estos criterios, ya que dificultaría la aplicación de la técnica de recolección de datos y pondrían en una situación de riesgo al adolescente.

En relación con la selección de los/las adolescentes se consideraron como criterios iniciales el sexo y la fase de tratamiento, pudiendo encontrarse estos en tratamiento o seguimiento. A partir de lo mencionado, se realizaron seis entrevistas, de las cuales tres sujetos fueron de sexo masculino de 18, 20 y 21 años, y tres de sexo femenino, todas de 19 años. Dado las edades promedio de los/las adolescentes del programa y los criterios de inclusión establecidos, no se pudo entrevistar a adolescentes menores de 18 años. Se destaca lo enriquecedor que hubiese sido caracterizar la muestra en profundidad, lamentablemente al ser material protegido el acceso a las carpetas y al contarse con pocos encuentros, se decidió cuidar el vínculo y no realizar preguntas respecto al consumo o antecedentes personales. De este modo, el diseño muestral quedó conformado de la siguiente manera.

	Mujer	Hombre	Total
Tratamiento	1	2	3
Seguimiento	2	1	3
Total	3	3	6

4. Características del contexto: comunidad terapéutica vínculos

Comunidad terapéutica Vínculos surge el año 2007 a través de un Programa Ambulatorio Intensivo que atiende a adolescentes que presentan infracción de ley y consumo problemático de sustancias u otros problemas de salud mental (Comunidad Vínculos, 2020a). Se encuentra ubicado en Puerto Montt atendiendo a jóvenes de la ciudad y de comunas cercanas, integrando actualmente una serie de proyectos situados en la provincia de Llanquihue que tienen como propósito “contribuir al desarrollo comunitario, familiar y personal de sectores sociales empobrecidos y en situación de exclusión en la zona sur “(Comunidad Vínculos, 2020a).

Respecto al marco conceptual desde el cual se posiciona su trabajo, se hace énfasis en un abordaje que vaya más allá de una mirada clínica o biomédica integrando principios del enfoque socio comunitario en el cual se entiende el consumo como un problema social producido por una reiterada vulneración de derechos en una historia vital. En este sentido, algunos de los principios que se destacan son importancia del desarrollo de vínculos respetuosos y horizontales, la distribución democrática del poder y el cuidado con las actitudes de saber experto. Así mismo busca salir de una mirada de patologización entendiendo que las respuestas catalogadas como “enfermas” podría ser respuestas normales a situaciones anormales (Comunidad Vínculos, 2020b).

Bajo esta perspectiva, consideran que cada actividad o encuentro puede tener características psicoeducativas o terapéuticas, desarrollando estrategias tanto individuales, grupales, familiares y comunitarias que respondan a los intereses de los/las adolescentes y sus familias. En términos concretos existen espacios de Intervención individual en los que se busca trabajar el conocimiento de sí mismo y el desarrollo de la identidad personal. II) Intervenciones comunitarias a través de la inserción escolar, ocupacional y recreacional para ampliar redes y generar alternativas de inserción, realizándose talleres semanales de gastronomía, electricidad, música y deporte entre otras. III) Intervenciones grupales realizadas también semanalmente que tienen características de terapia grupal y buscan el trabajo de autoayuda y de cohesión grupal IV) Intervenciones familiares para acompañar momentos de crisis, fortalecer habilidades parentales y de comunicación (Comunidad Vínculos, 2020b).

Se recalca también que el equipo debe entregar un espacio acogedor donde NNA se sientan escuchados y no juzgados, generando relaciones genuinas y de confianza que permitan un real proceso de reparación socioafectiva. Se plantea que para esto es necesario la construcción de dinámicas horizontales entre los profesionales en cuanto a su validación y poder, además de una continua reflexión de sus propias actitudes como personas e interventores (Comunidad Vínculos, 2020b).

Finalmente, se describe el fortalecimiento de la red institucional y de la coordinación con los equipos de SENAME y GENCHI en los últimos años, acogiendo la necesidad de organización por la vasta red de programas que comprende el territorio y la necesidad de realizar acciones terapéuticas coherentes y complementarias entre los programas que intervienen. (Comunidad Vínculos, 2020b).

5. Técnica de producción de datos

Con el objetivo de obtener una descripción exhaustiva del fenómeno estudiado, se utilizará la entrevista-semiestructurada como técnica de investigación, la cual es una práctica conversacional que permite recolectar la información dando cuenta de la valoración que el sujeto realiza de su trayectoria de atención salud mental (Blasco & Otero, 2008). Este tipo de entrevista se caracteriza por su flexibilidad, existiendo la libertad del entrevistador para introducir preguntas o modificar su orden (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Cabe destacar que se propiciará la narración de los entrevistados por sobre la aplicación de la pauta de entrevista, por lo que de ser necesario se dará espacio para dudas y reflexiones personales, con el objetivo de que se dé una experiencia cómoda y provechosa para los/las adolescentes. Por otro lado, se justifica su uso debido el limitado acceso al campo de estudio, ya que al estar los/las adolescentes participando en un tratamiento, existe dificultad en utilizar otras técnicas cualitativas que podrían requerir que estos dispongan de mayor tiempo para realizarlas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

El guion de entrevista se encuentra en el Anexo 1 construido sobre siete temáticas principales: Concepto de salud mental, trayectorias de atención de salud mental, valoración de atenciones, valoración de relación con profesional, participación en diferentes programas, repetición de relatos complejos y coordinación.

5.1 Entrevistas vía telemática

La emergencia de salud que ha provocado el Virus SARS COV 2 ha permitido que se replanteen los medios por los cuales se realiza la obtención de la información en

las investigaciones, a la vez de obligar a que investigadores e investigadoras generen habilidades que permitan adaptarse a las condiciones actuales de Pandemia. Es por esto que la presente memoria utilizará intervenciones en modalidad remota para mantener los resguardos tanto éticos como sanitarios que requiere actualmente el trabajo con adolescentes. En relación con esto, se utilizará la guía para el acompañamiento infanto-parental en modalidad no presencial de la Consultora Aprender a Crecer (2020), ya que entrega información acerca de cómo profesionales pueden llevar a cabo intervenciones vía telemática cuando no han recibido protocolos o pautas. A pesar de no estar creada para un proceso de investigación será utilizada como orientación para el trabajo de realización de entrevistas, ya que entrega elementos especializados en relación con el trabajo con adolescentes y está contextualizada para la realidad chilena.

Esta guía destaca que se deben considerar los siguientes elementos al realizar la entrevista 1) Asegurarse de conocer los datos del adolescente específicamente números telefónicos y desde donde se conecta la persona en caso de una urgencia. 2) Contar con un protocolo frente a una desregulación del adolescente (para esto se propone acordar los pasos a seguir previamente con la institución a cargo con el objetivo que lo establecido pueda ser digitalizados y disponer de ello, para ser enviado al cuidador de manera inmediata si fuese requerido).

Por otro lado, hay una serie de recomendaciones acerca del espacio físico que debe tener el profesional para entregar un ambiente adecuado. Con relación a esto, se utilizará el Check-list de condiciones básicas de implementación modalidad teletrabajo de la “Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general” (Consultora aprender a crecer, 2020).

Se realizaron dos encuentros, uno vía telefónica con duración 15 a 20 minutos en el cual se da a conocer las características del instrumento, se realiza presentación de la profesional que lo aplica, se garantiza la confidencialidad del proceso y se chequea el interés en participar. Posterior a esto se realiza envío de consentimiento informado, siendo este requisito para poder llevar a cabo la entrevista. A continuación, se realizó un segundo encuentro en donde se aplicó la entrevista, la cual se realiza por plataforma zoom y tiene una duración de una hora aproximadamente. Esta comenzó con un encuadre acerca de los roles y características del proceso, para posteriormente aplicar el instrumento. Se dio la posibilidad de resolver dudas posteriores vía email o telefónicamente.

Respecto al material audiovisual que se generó en el encuentro, se procedió a grabar la entrevista con la aprobación del adolescente. Una vez transcrita la entrevista se eliminó el material, para resguardar los datos del entrevistado.

5. Análisis de información

La codificación y análisis de la información será realizado a partir de las herramientas que entrega The Grounded Theory (Teoría Fundamentada), la cual plantea la importancia de realizar un trabajo inductivo en el cual los datos encontrados sean los que guíen la investigación, dejando atrás teorías o hipótesis preconcebidas, con el objetivo de aumentar la comprensión de un fenómeno desde la práctica misma de la recolección de datos (Strauss & Corbin, 2002).

En esta investigación, se ha seleccionado la Teoría Fundamentada ya que es recomendada cuando existe poca información sobre un área de estudio, debido a que su análisis es capaz de levantar información diversa, ordenarla y representar la complejidad que representa. Strauss & Corbin (2002) la definen como “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación” (p.21). Por otro lado, autores como Charmaz (2005, p.2) realizan una definición más reciente describiéndola como “unas directrices analíticas que permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales”.

Se diferencia de otros tipos de metodologías en que no ve el discurso como un todo, sino que segmenta y descontextualiza sus partes para categorizar y reordenar los escritos (Lyons 2007 citado en Dörr, Florenzano, Soto-Aguilar, Hammann & Lira, 2016). Este punto es esencial para la presente investigación ya que al tomar ciertas partes de los discursos otorga al investigador un papel esencial, relevando su capacidad tanto crítica como creativa y reconociendo la relación entre el investigador y los datos (Strauss & Corbin, 2002).

Por otro lado, uno de los elementos básicos de esta teoría es que ve la investigación como un proceso abierto y persistente que puede ser continuamente modificado, esto implica considerar que todos los resultados obtenidos de las entrevistas serán transitorios y continuamente revisados, dando la posibilidad de visualizar significados alternativos a los obtenidos en primera instancia (Strauss & Corbin, 2002). Así mismo, se destaca como medio de análisis ya que entrega “una interpretación analítica del mundo de los participantes y de los procesos para construir esos mundos”

(p.3), contribuyendo en la relevancia de recoger la voz de los/las adolescentes que participan en la investigación (Charmaz, 2005).

Respecto a el procedimiento de análisis se utilizará el método comparativo constante, es decir, los códigos iniciales serán comparados con nuevos códigos generados para dar como resultado unidades de análisis. Es así como se procederá con una codificación abierta, axial y selectiva, generándose categorías que serán descritas y etiquetadas, agrupando las que poseen propiedades comunes con el fin de comparar unidades informativas diversas (Strauss, & Corbin 2002). Del mismo modo, se detendrá la recolección de datos considerando el criterio de saturación teórica, terminando la búsqueda cuando la información se torne reiterativa y no agregue datos sustanciales.

6. Consideraciones éticas

En relación con las consideraciones éticas se recogieron las recomendaciones que entrega la UNICEF (Graham, Powell, Taylor, Anderson & Fitzgerald, 2013) respecto a la investigación ética con niños y adolescentes. Ésta enfatiza en realizar procesos de trabajo respetuosos de la dignidad humana y centrados en el bienestar de niños y niñas, por lo que se plantea la necesidad de constante reflexión de cada proceso que involucre el trabajo con adolescentes, sobre todo si se encuentran en una situación de riesgo social.

En este sentido, es necesario visualizar posibles daños y beneficios que conlleva la realización de la investigación. En relación a esto, es posible que gran parte de los/las adolescentes que participen presenten un daño psicosocial alto, por lo cual, se tuvo especial cuidado en la emergencia de temáticas dolorosas durante la entrevista, siempre priorizando el bienestar del joven por sobre la realización del instrumento. Asimismo, se reconoce como beneficio rescatar los puntos de vista de los/las adolescentes a través de una experiencia de escucha activa en la cual se reconozcan los diferentes procesos que han experimentado a través de sus trayectorias de salud mental. Se hace necesario mencionar que se justifica la realización del estudio, debido a que no existe evidencia preexistente respecto a esta temática, presentándose como un aporte al trabajo con adolescentes.

Se contó con un protocolo en caso de algún tipo de desregulación emocional de algún adolescente, solicitándose a la institución los pasos a seguir en caso de que ocurriera dicha situación. Todo esto entendiendo que la investigadora tenía la

responsabilidad de asegurar el acceso a apoyos diversos y especializados si se visualiza necesario durante el curso de investigación.

Respecto al proceso general, fue la Corporación quien según los criterios muestrales propuso una nómina de adolescentes entrevistados. Posterior a esto, se entregaron los consentimientos informados (Anexo 2). En estos documentos se recalcaron los objetivos de la investigación, voluntariedad de participar, la confidencialidad de los resultados y el derecho a terminar la entrevista cuando consideraran oportuno. Al momento de realización de la entrevista se repitió lo mencionado en el consentimiento, enfatizando en que sería grabada y transcrita utilizando un seudónimo elegidos por ellos /ellas para identificarlos/las. Los formularios de consentimiento suscritos por los entrevistados fueron entregados al profesor patrocinante y estarán a disposición de ser requeridos por alguna comisión de ética.

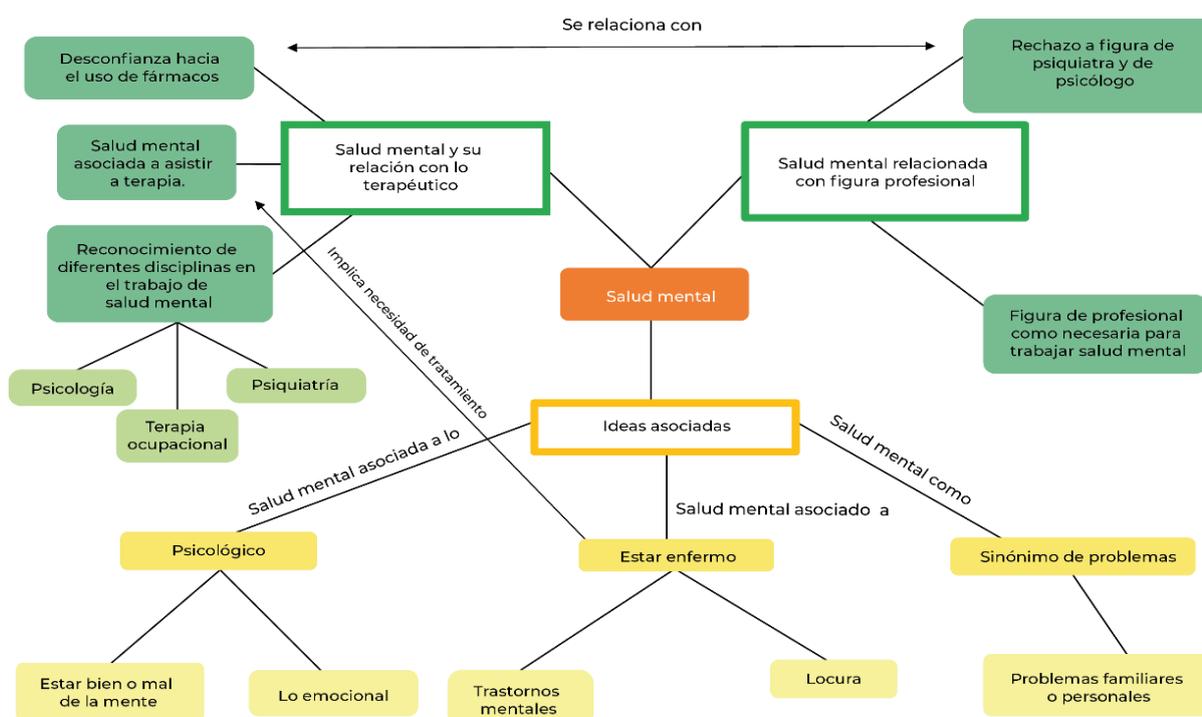
El producto final de este estudio será entregado a través de una copia a la institución con el objetivo de que puedan contar con los resultados para posteriores análisis.

V. RESULTADOS

1. Construcción de escenario: concepciones acerca de salud mental y trayectorias de atenciones.

1.1 Concepciones acerca de la Salud mental

El análisis de los relatos muestra los diferentes significados e ideas que surgen respecto a qué entienden los/las adolescentes sobre el concepto de salud mental y las atenciones que derivan de éste. Se comienza con este tópico en la medida que entregan una base sobre los sentidos que los entrevistados le otorgaran a su paso por los diferentes programas.



En primer lugar, los/las adolescentes asocian el concepto "salud mental" a la presencia de enfermedad (en general a "la locura") y a la existencia de diferentes problemáticas, esto se expresa en los siguientes fragmentos cuando los entrevistados se refieren a qué entienden por salud mental

(...) Cuando uno está loco, tener problemas, no sé, que te volvis loco por cualquier cosa.
(Ignacio, entrevista 4, p.115)

(...) Problemas no más po, porque de repente hay gente que tiene problemas de no sé, por ejemplo, es hiperquinético y no se queda tranquilo y ya el loco ya salud mental y hay que darle pastillas al tiro, y por eso po problemas por eso igual te mandan a salud mental, pero a eso yo lo asocio (Tamara, entrevista 3, p.107).

En estos fragmentos también emerge la idea de la desconfianza hacia el uso de fármacos presentándose en los diferentes relatos como necesarios y riesgosos a la vez, ya que estos podrían transformarse en una droga más. Sumado a lo anterior, la salud mental estaría relacionada con lo “psicológico” o “lo emocional” haciendo referencia a procesos psíquicos internos de los sujetos.

(...) La salud mental como concepto yo creo que sería como que la salud emocional de la persona, enfermedades psiquiátricas puede ser como la ansiedad, el toc, la depresión son parte de la salud mental. Como que los psiquiatras, psicólogos y los terapeutas ocupacionales son parte de la rama de las personas que atienden la salud mental (Elizabeth, entrevista 2, p.98).

En segundo lugar, al preguntar específicamente por las atenciones los/las adolescentes expresaron tanto un rechazo hacia la figura del psicólogo/psiquiatra como también la necesidad de la figura profesional para trabajar la salud mental, surgiendo también una relación del concepto con lo “terapéutico”, ya que se distinguirían disciplinas (psicología, psiquiatría, terapia ocupacional) que se encargarían de desarrollar tratamientos para los problemas o enfermedades mencionadas. Lo anterior se ejemplifica en el siguiente extracto

(...) Cuando uno está mal psicológicamente tiene que tratarse porque lo que yo entiendo de eso, como me trate en el hospital con el psiquiatra, creo que con eso tiene que ver, tratarse cuando uno está mal de la mente. (Pamela, entrevista 1, p.90)

La lectura de los diferentes extractos permite visualizar cómo se suele relacionar el concepto a una dimensión negativa. Por lo demás, en todas las respuestas subyace la idea de la salud mental asociada al tratamiento y existencia de profesionales especializados que pueden intervenir sobre las patologías mencionadas.

1.2 Descripción de trayectorias: Recuerdos acerca de experiencias en instituciones.

A pesar de que se buscaban relatos respecto a cómo se articulaban las diferentes experiencias en los dispositivos a través del tiempo, en muchas de las entrevistas se tuvo que ir co-construyendo esta trayectoria por medio de la conversación y realización de preguntas. En un comienzo fue difícil que los/las adolescentes recordaran los dispositivos y espacios en donde habían recibido atenciones por lo que se buscó establecer verbalmente una línea de tiempo que ayudará a la organización de las experiencias. El resultado fue la emergencia de diferentes hitos específicos que permitieron identificar los espacios en donde se atendieron, siendo patente la escasa integración que los/las adolescentes tenían de estas experiencias.

Dentro de los relatos es posible encontrar trayectorias de atención diversas en su extensión, no obstante, todos los entrevistados han recibido prestaciones de salud mental en al menos cinco de los espacios nombrados, siendo común a los relatos la vivencia de haber estado gran parte de su vida recibiendo atenciones en instituciones. Las siguientes categorías dan cuenta de los programas en los cuales los/las adolescentes han recibido atenciones de salud mental y el poco recuerdo de su paso por los dispositivos previo a la etapa de la adolescencia:

a) Programas área protección SENAME: En estos casos su ingreso responde a algún tipo de vulneración de derecho decretada por Tribunales de Familia, quienes dictan su participación tanto en sus modalidades ambulatorias como residenciales, dentro de los programas mencionados por los/las adolescentes se encuentran los siguientes: Programa especializado en explotación sexual (PEE), Programas Especializados Reparación de Maltrato Grave (PRM), Programa de Protección Especializada en Reinserción Educativa (PDE), Oficina de protección de derechos, Diagnóstico ambulatorio (DAM), Familias de acogida (FAE), Centro de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), Residencias de Protección para Mayores (RPM), Residencias de Protección para Mayores (PER), Residencias de Protección para Mayores con programa adosado (REM -PER).

b) Programas área justicia SENAME: Al ser prerrequisito muestral el haber cometido una infracción a la ley sancionada por organismos estatales, todos los/las adolescentes participan o han participado en programas del área de justicia de SENAME reconociendo su participación en Programas de Libertad Asistida (PLA), Programas de

Libertad Asistida Especial (PLAE), Programa de Salidas Alternativas (PSA), Servicios Comunitarios y Centros de internación provisoria (CIP).

c) Programas convenio de colaboración técnica SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI: Al obtener la muestra de un Programa de tratamiento ambulatorio de medio libre (PAI-ML) todos los/las adolescentes entrevistados han tenido atenciones de salud mental en un programa ambulatorio intensivo que realiza intervenciones respecto al consumo problemático de sustancias. Así mismo, parte de los/las adolescentes también recibieron atenciones en programas de tratamiento ambulatorio en medio privativo (PAI-MP) recibiendo atenciones para tratar consumo de sustancias en contexto de internación provisoria.

d) Atenciones de salud mental en servicios de salud: Se reconocen atenciones en servicios de salud mental con psicólogos y psiquiatras tanto de carácter ambulatorio como de internación, siendo estas otorgadas por Centros de salud mental (COSAM), Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Hospitales.

e) Atenciones de salud mental en centros educacionales: A pesar de que los centros educacionales no estaban considerados en los antecedentes como parte de la red pública que entrega atenciones de salud mental dirigidas a NNA (se había limitado a prestaciones de MINSAL, SENDA SENAME) los/las adolescentes reconocen entrevistas y conversaciones realizadas en instituciones escolares entregadas por diversos profesionales que son consideradas por estos como atenciones de salud mental.

f) Ausencia de recuerdos respecto a las atenciones recibidas previo a los 12 años: Un elemento que se repite, es la ausencia de memorias respecto a las atenciones recibidas previo a los 12 años, ya que en la mayoría de los relatos se reconoce la participación en dispositivos de SENAME, pero se argumenta un bloqueo de recuerdos de esa etapa

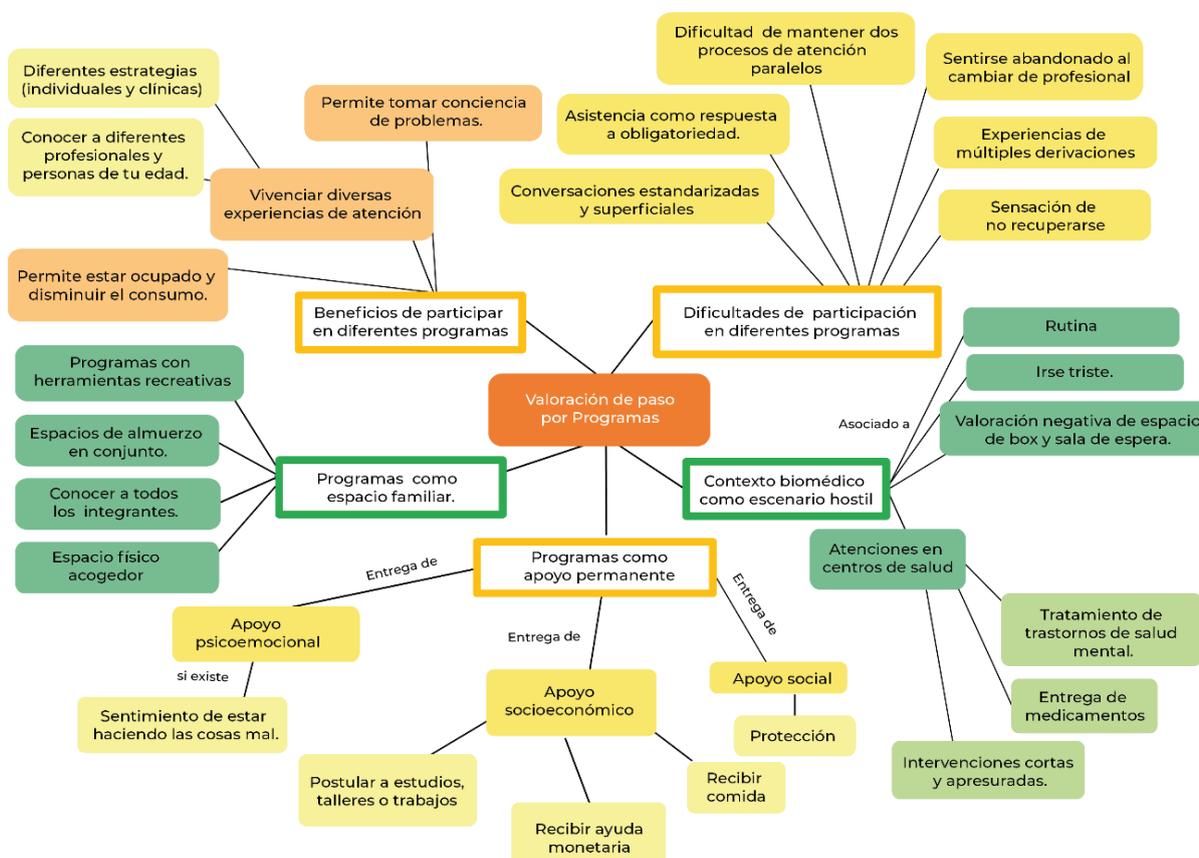
(...) yo me acuerdo pocas partes, de los 11 para abajo no me acuerdo nada. Lo único que me acuerdo es que al internado me iban a ver unos tíos, pero no me acuerdo el nombre de ni uno." (Pamela, entrevista 1, p.95).

(...) Porque no me acuerdo, ósea yo creo que tuve, porque como estuve en hartos programas, pero no me acuerdo los nombres, no sabría decirte (...) yo empecé a ir como a los 14 años, antes no me acuerdo nada (Francisco, entrevista 6, p.129)

Por último, se hace relevante mencionar que se decidió ejemplificar este fenómeno [ausencia de recuerdos], en tanto, se diferencia de los anteriores en su dimensión subjetiva. Se decidió mantener en el apartado, dado que estas respuestas surgen del mismo proceso de co-construcción de trayectorias y espacios por los que pasaron los/las adolescentes. Frases como las expuestas fueron comunes y reiterativas durante la entrevista, y a pesar de que puede tener relación con el curso vital por el cual pasaban los/las adolescentes, permite levantar una serie de hipótesis e ideas que contribuirán a la discusión.

2. Valoración de experiencias de atención: programas, intervenciones y relación con profesionales.

A partir de las narraciones de los/las adolescentes respecto del paso por diferentes dispositivos de atención es posible identificar tres campos semánticos que aluden a la valoración de dicha experiencia, identificándose elementos acerca de las características de: los programas, las intervenciones y los/las profesionales. Todos estos elementos descritos a continuación actuarán como facilitadores u obstaculizadores de los procesos terapéuticos.



2.1 Valoración de programas

A partir de los relatos respecto al tránsito por diferentes espacios de atención, se puede identificar como los/las adolescentes reconocen como **beneficio** de este proceso la posibilidad de vivenciar diferentes experiencias de atención, tanto por experimentar diversas estrategias de intervención como por tener la oportunidad de conocer a profesionales y personas de su edad.

Quando estaba en el PEE-Llapemn trabajamos otro tipo de cosas, otro tipo de sistema y aquí en el Vínculos es otro y como que es bueno, yo lo encuentro que es muy bueno cambiar de un programa a otro.” (Pamela, entrevista 1, p.95).

Del mismo modo, el pasar por diferentes programas es entendido como un aporte a la toma de conciencia respecto a las problemáticas personales ya que permite integrar la opinión de diferentes profesionales, además, en términos concretos se reconoce que el participar en diferentes programas ayuda a estar ocupado y disminuir el consumo.

Te mantiene ocupado igual, teni como una responsabilidad “ya mañana tengo que ir para allá”. Igual yo si no fuera para allá en ese tiempo me iría a tomar y por último tomo, pero ya empiezo a tomar más tarde (...) así que sirvió, sirvió estar por todos lados.” (Ignacio, entrevista 4, p.121).

En relación a las **dificultades** que emergen, se mencionan las experiencias de múltiples derivaciones a diferentes programas en tiempos breves, la sensación de no haberse recuperado al tener que iniciar un nuevo proceso terapéutico, la sensación de abandono cuando se cambia de profesional y la dificultad de mantener procesos paralelos. Por otro lado, existe la vivencia de programas como espacios estandarizados en los que se va a conversar de manera superficial, se asiste por imposición y se responde por deseabilidad social. Esto genera una diferencia respecto la percepción de espacios donde se va a cumplir por algún tipo de obligación versus los programas en los que se van a sincerar y a generar vínculos con los profesionales. Elizabeth manifiesta parte de lo anterior a través de lo siguiente

(..) Igual es estresante porque cuando uno sale de un programa y empieza otro altiro, es como que sientes que no avanzas, cuando te saltan de un programa a otro, es como que no sirvió de nada estar un año y medio porque tienes que estar de nuevo en otro. (...) es como cuando vas al médico porque estas enferma y te dijeron que ya no estas enferma

y te vuelven a llamar por la misma enfermedad “no, es que la sigues teniendo” nunca te recuperas... (Elizabeth, entrevista 2, 105).

Asimismo, se menciona reiteradamente la idea del **contexto biomédico como un escenario hostil**, el cual se caracterizaría por una valoración negativa del contexto de box y sala de espera, ya que se asociaría a lo rutinario y a responder las mismas preguntas en los diferentes espacios en que se instala este tipo de atención (centros de salud, programas SENAME, colegios etc). Por otro lado, el escenario se relaciona con atenciones individuales, desgastantes y con un sentimiento común post sesión: la tristeza. Uno de los espacios concretos que corresponde a esta descripción serían los centros de salud, que a partir de lo mencionado por los/las adolescentes entregarán intervenciones cortas y apresuradas, su finalidad tendría relación con atenciones de salud mental de carácter psiquiátricas ya que serían espacios que se consideran tanto para la entrega de medicamentos como para el tratamiento de trastornos como depresiones y ataques de pánico. Pamela y Elizabeth lo retratan de la siguiente manera:

(..) Noto que en el Hospital son más fomes, como que todo está apurado. Yo me acuerdo de que mi psiquiatra, porque igual estuve en psiquiatra, era como que miraba la pantalla del computador y solo apretaba las teclas y ni siquiera miraba así (Pamela, entrevista 1, p.96).

(...)Eh no iría a un programa si voy a estar media hora sentada, en un lugarcito chiquitito, me carga ir al médico así que me daría lata estar como en un box y escuchar como habla y habla la persona que esté al otro lado del escritorio ... (Elizabeth, entrevista 2, p.104).

En contraste con este tipo de contextos, existiría una **valoración positiva de los programas que entregan un espacio familiar**, es decir, que cuentan con espacios físicos acogedores, con herramientas creativas acordes al curso vital de los/las adolescentes, tienen hábitos instalados como el almuerzo y existe un clima de confianza entre los participantes que permite moverse en el espacio con naturalidad. Para esto se rescata la importancia de conocer no solo al interventor directo o encargado de caso, si no el que los programas se muestran como una comunidad en la cual tienes la posibilidad de relacionarte con los diferentes integrantes con confianza y de manera horizontal. De esto se desprende, la existencia un componente relacional que se vincula con la valoración de los espacios (lo que se desarrollará en profundidad en el punto 2.4).

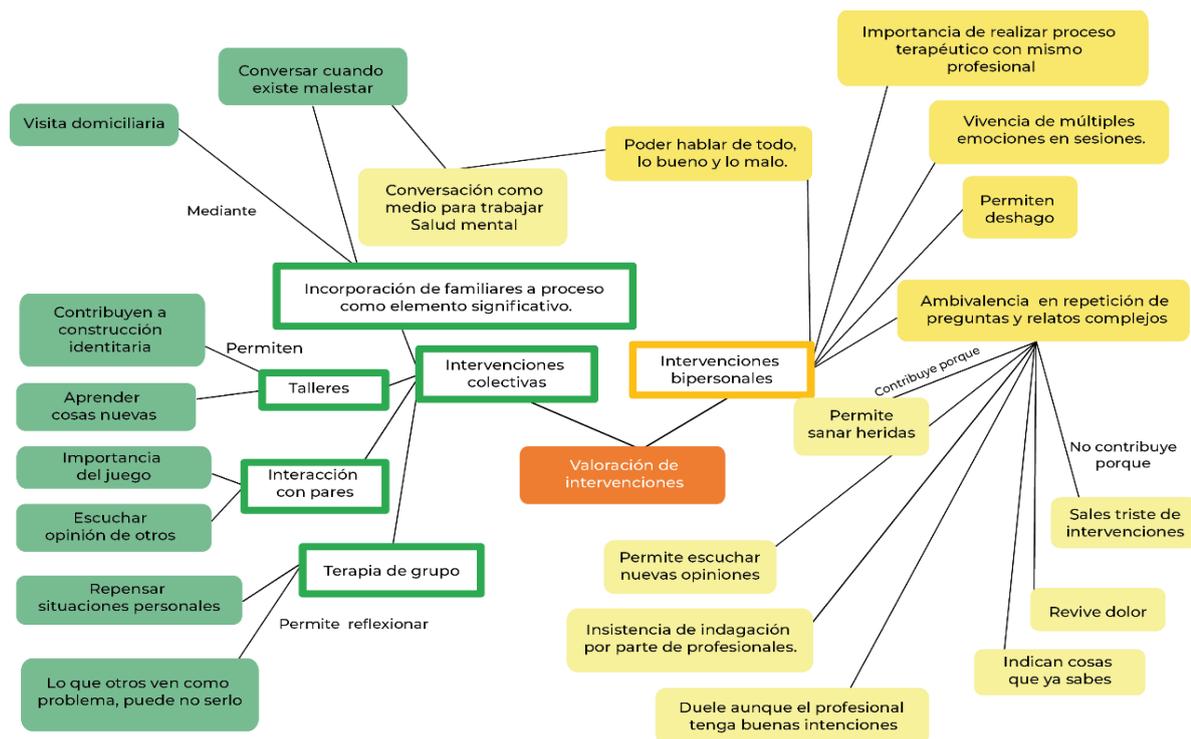
Por otro lado, se identifican ciertos **programas como un apoyo permanente**, es decir, se rescatan los espacios en que se consideran los factores que indican en la problemática que consultan, y su intervención en los diferentes aspectos que podrían

aportar en el bienestar de cada sujeto. Es así como los/las adolescentes hicieron la diferencia respecto a los programas a los cuales volverían a asistir y a los que no, argumentando principalmente que con los que se mantiene el vínculo a través de llamadas o visitas se podría acudir en caso de necesitarlo. En ese sentido, los apoyos psicoemocionales que se solicitarían se relacionarían con pedir ayuda frente a algún problema o sentimiento de estar haciendo las cosas mal y los apoyos socioeconómicos tendrían que ver con la postulación a estudios, talleres y trabajos. Asimismo, se expresó que durante el proceso de tratamiento los programas podrían contribuir en entregar apoyos como comida, ayuda monetaria y protección cuando el contexto familiar es complejo. Un ejemplo es lo que plantea Alexander mencionando

(...) Si siento que estoy haciendo las cosas mal iría a pedir ayuda o cuando quiera buscar un trabajo igual pediría ayuda (Alexander, entrevista 5, p.126).

2.2 Valoración de intervenciones

En este capítulo es posible identificar una distinción gruesa entre intervenciones de carácter colectivo e intervenciones bipersonales, siendo valoradas ambas como un aporte para los procesos terapéuticos, sin perjuicio de lo anterior, se visualiza mayor interés por las primeras siendo reconocidas como un factor relevante para interesarse y participar de un dispositivo.



En relación a la valoración de las **intervenciones colectivas**, es decir, intervenciones que incluyen tres o más personas, es posible reconocer una valoración positiva de los *talleres*¹⁵, los cuales según el relato de los/las adolescentes propiciarán la asistencia contribuyendo a la construcción identitaria a través del descubrimiento de preferencias personales y el aprendizaje nuevas habilidades. Es así como una de las entrevistadas plantea como uno de los talleres contribuyó en que decidiera estudiar gastronomía

(...) Aquí pillé el de gastronomía y empecé a preparar las cosas y ahí en un momento fue cuando descubrí que quería estudiar gastronomía, porque yo no estaba preparada, estaba chata de todo, no quería ni estudiar y descubrí algo que no sabía, que me gustaba la cocina. (Pamela, entrevista 1, p.93).

Por otro lado, se destaca la *terapia de grupo*, ya que escuchar a adolescentes que han pasado por experiencias de vida semejantes podría contribuir en procesos

¹⁵ Se entenderán por talleres todas las actividades de dos personas o más, en las cuales existe algún sujeto que enseñan algún tipo de conocimiento a los demás. En general forman parte (en mayor o menor medida) en los programas de la red SENAME y SENDA, siendo mencionados en los relatos los talleres de mecánica, gastronomía, box, fotografía, arte entre otros.

terapéuticos personales. También se reconoce la *interacción con pares* en diferentes contextos menos estructurados, distinguiendo la importancia del juego en sus diferentes variantes y el valor de escuchar la opinión de compañeros de los programas.

(..) Uno puede sacar conclusiones de escuchar los testimonios de otras personas, pudi aprender y decir pucha yo tengo un problema por esto y este tiene una cuestión peor ¿cachai? entonces ahí mismo puedes sacar aprendizajes o nuevas formas de afrontar la vida nomas po, porque con las experiencias del otro quizás te sirva a ti(..) (Tamara, entrevista 3, p.110)

Un elemento significativo respecto a esta categoría es el reconocimiento de la *visita domiciliaria* como una forma de aportar en el trabajo terapéutico a través de la conversación con integrantes de la familia.

En relación a las **intervenciones bipersonales**, es decir, las realizadas entre un profesional de la salud y un adolescente existen dos elementos esenciales. En primer lugar, se valoran como un espacio en el cual puedes expresar y vivenciar emociones, teniendo la posibilidad de hablar de diferentes temáticas. También, se menciona la vivencia de entrar a sesión con una presión en el pecho y salir sin ese malestar, lo que se relaciona con experiencias de vaciamiento y desahogo, expresándose la importancia que puede tener el realizar el proceso terapéutico con un mismo profesional para que lo anterior pueda ocurrir. En segundo lugar, la *repetición de preguntas y relatos complejos* en contexto de intervenciones bipersonales se significa como necesaria para el proceso de sanar heridas visualizando como un aporte en tanto permite escuchar nuevas opiniones y consejos desde los profesionales de la salud. Por otro lado, otros adolescentes consideran que llevan a revivir el dolor y desaniman la asistencia ya que se sale de intervención con emociones negativas. En este sentido, señalan que la insistencia de indagación y la repetición de consejos por parte de profesionales se presenta como desgastante.

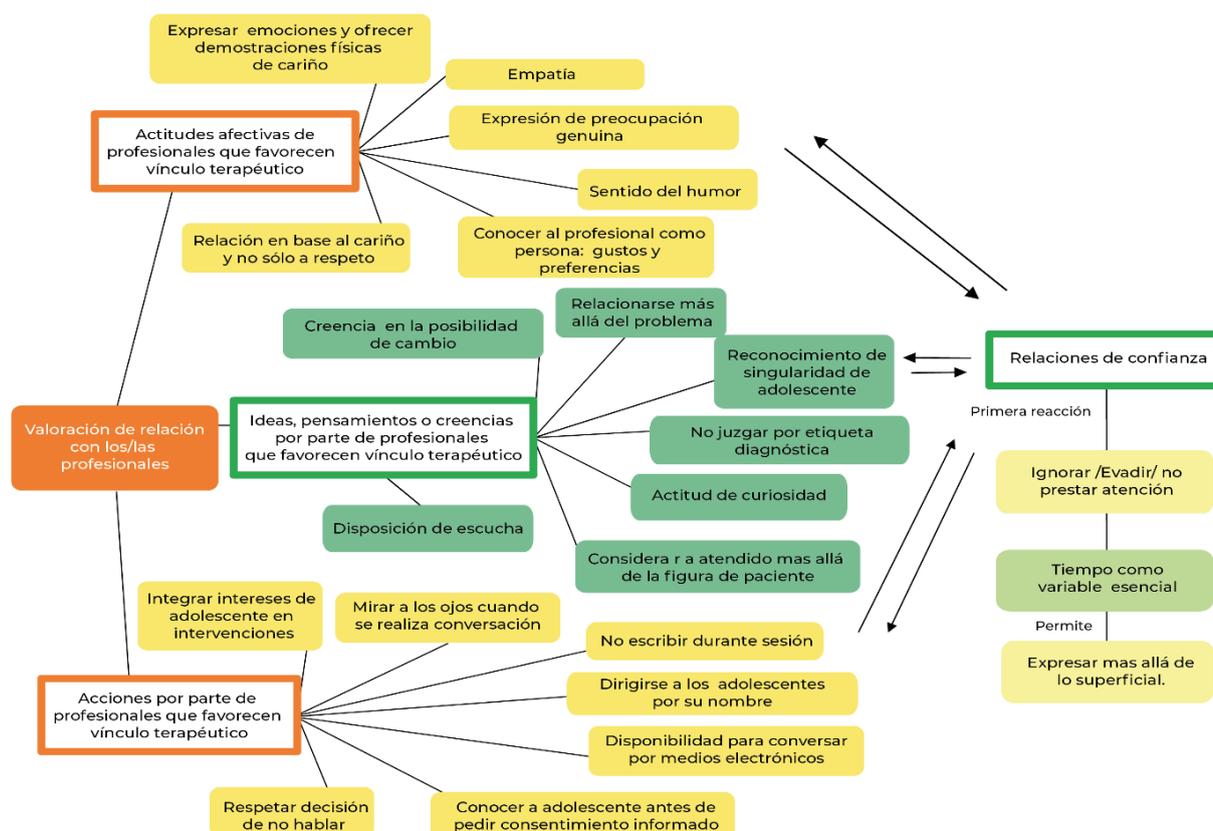
(..)Como pase por tantos lugares, tenía que cada vez conversarle a cada uno del principio, porque no todos conocían la historia ¿cachai? entonces volver así de cero, contar todo eso. (...) Así lo veo yo porque de tanto conversar un problema con tantas personas, después como que ya te aburre la wea, ya sanai po de tanto contar el dolor, porque más encima esos weones que te hacen llorar te profundiza ¿creen que uno no tiene sentimientos a los nueve años? (Tamara, entrevista 3, p.109).

Un último elemento que surge tiene que ver con cómo en los testimonios la vivencia de sufrimiento al repetir los relatos se produciría independientemente si se

considera que él o la profesional tiene buenas intenciones.

(...) Aunque estés con la persona más buena o te caiga bien o le tengas más cariño, recordar un momento doloroso es algo que te hace doler no más. Es como cuando te golpeas en la rodilla y se te olvidó que te golpeaste en la rodilla, pero sigues teniendo la herida y de repente alguien va y te vuelves a acordar de la misma herida” (Elizabeth, entrevista 2, p.106).

2.3 Valoración de relación con profesional



Respecto a esta categoría fue posible identificar cuatro elementos relevantes al momento de graficar la valoración de la relación con los profesionales. En principio, se reconocen una serie de **actitudes afectivas** por parte de los profesionales que favorecen el vínculo terapéutico, entre ellas se encuentran las demostraciones físicas de cariño a través de abrazos, el sentido del humor, empatía, generación de relaciones en base al cariño y no solo respeto, expresión de preocupación genuina y expresión de gustos e intereses por parte de los profesionales. En segundo lugar, se pueden distinguir una serie de **ideas o creencias** por parte de los profesionales que son valoradas por los/las adolescentes siendo destacado, la creencia en la posibilidad de

cambio, reconocimiento de singularidad de los/las adolescentes, actitud de curiosidad en sesión, disposición de escucha activa, no juzgar por etiqueta diagnóstica, capacidad de relacionarse más allá del problema, disposición de conocer a adolescente en el aquí y ahora y consideración de atendido más allá de figura de paciente. Esto último es expresado por Elizabeth de una manera clara:

(..) Es diferente llegar a atenderte como paciente y sentirte que eres un número a sentirme como que esa persona en verdad siente interés en ti, yo de verdad estoy interesado en lo que te pasa, no es que tú eres un paciente y quiero saber cómo que te pasa no más, es diferente (Elizabeth, entrevista 2, p.102)

(...) Otra cosa es que, porque leen una ficha, saben quién soy, es algo que me estresa, ya está bien, yo sé que hay una ficha, un historial clínico de mí pero que tu leas esa ficha y pienses que yo soy igual, que yo soy esa ficha...que me mires y digas “es una persona inestable” tal vez si lo soy, pero no soy así todo el tiempo, entonces que me trates así, es algo estresante. (Elizabeth, entrevista 2, p.104)

Por otro lado, existen **acciones** concretas que los/las adolescentes reconocen como contribución a la conformación de un vínculo terapéutico. Entre ellas está el respeto por la decisión de no hablar en situaciones concretas, disponibilidad para conversar por medio electrónicos, dirigirse a los/las adolescentes por su nombre, no regañar, mirar a los ojos cuando se realiza intervención, no regañar, conocer a adolescente antes de pedir consentimiento informado y considerar intereses del adolescente para realizar intervenciones. Alexander ejemplifica una de estas acciones de la siguiente manera:

(..) Si po, diferente porque como que no entra en confianza cuando te tratan, así como de usted, todas esas cosas como que a mí no me gustan, pero cuando me empiezan a tratar, así como amigos, ahí sí (..) (Alexander, entrevista 5, p.127)

(..) Es que en los otros programas no me preguntaban sobre mi orientación sexual, deberían preguntar, ósea sabían porque había llegado porque yo me vestía de mujer, pero nunca tocábamos muy a fondo el tema, deberían enfocarse más en eso, en la persona. (Francisco, entrevista 6, p.133)

Finalmente, es posible visualizar cómo estas actitudes, ideas y acciones confluyen en un proceso amplio en el cual los/las adolescentes son capaces de generar **relaciones de confianza con los profesionales**. En este sentido, se identifica que en los primeros encuentros existe una actitud de ignorar o de cautela por parte de los/las adolescentes. Del mismo modo, el factor del tiempo se reconoce como fundamental para

construir confianzas siendo éste el que va a contribuir a que los/las adolescentes vayan expresando más allá del contenido superficial y puedan profundizar en las temáticas que consideran relevantes. Una de las entrevistadas lo resume de la siguiente manera

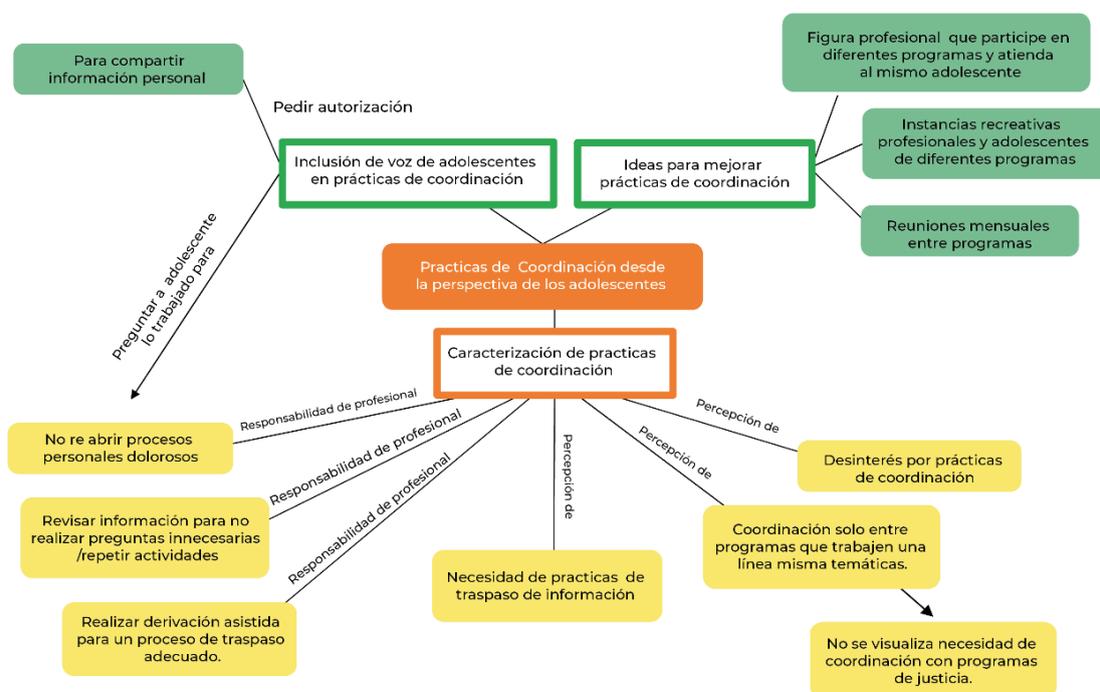
(...) Yo creo que con el tiempo se da la confianza, pero si uno cambia psicólogo cada seis meses tu no creas confianza con esa persona y si te dejan a un psicólogo dos años, el mismo se arman lazos. Entonces ellos pueden ir trabajando contigo porque tú con el tiempo te vas explayando, yo creo que para que con una persona resulte y puedas llegar a fondo no deberían cambiarlo cada seis meses o un año, porque si se quiere crear una conexión y realmente ayuda al que va, tiene que haber conexión para que la persona le cuente lo que de principio no le va a contar porque no sabis quién es” (Tamara, entrevista 3, p.112).

Como síntesis de esta categoría es posible distinguir que la valoración de las trayectorias se compone de diferentes subcapas teniendo una relación de carácter distal con las características que se asocian a los programas y vinculándose de un modo proximal con las actitudes y acciones que realizan los profesionales de la salud mental. Su protagonismo en los relatos hace énfasis en la importancia del ámbito vincular al momento de significar las experiencias de atención y trabajar con el concepto de trayectoria.



3. Prácticas de coordinación: ideas asociadas y su relación con el vínculo terapéutico.

A partir de los relatos se buscó recoger la valoración sobre la coordinación de los programas en los que las/los adolescentes participaron, esto considerando que las trayectorias deberían responder en gran medida a la coordinación de los programas de la red intersectorial. Al levantar escasa información respecto a que pensaban de la articulación de los dispositivos, se describirán las diferentes aproximaciones sobre el concepto coordinación, rescatando los hitos mediante los cuales expresan las opiniones e importancia que le dan a esta práctica.



En relación a este punto surgieron diversas visiones sobre las prácticas de coordinación, siendo las principales la percepción tanto de existencia como inexistencia de prácticas de coordinación por parte de los programas, desinterés por prácticas de coordinación, la idea de la coordinación como limitada al traspaso de información y necesidad de coordinación solo entre programas que trabajen la misma temática. Ignacio lo manifiesta de la siguiente manera:

(..) Ósea no creo que se coordinaban porque son diferentes pegas, pero son como parte de lo mismo, si no que cambian de preguntas no más po, pero no es como que le digan oye tú tienes que pasarle esto a Ignacio más rato, porque son diferentes programas no pueden hacer eso (...) (Ignacio, entrevista 4, p.122)

En esta misma línea, se reconoce la responsabilidad de los profesionales como base de la realización de las prácticas de coordinación, específicamente, de generar procesos de derivación asistida y de revisar información trabajada por otros profesionales para no hacer preguntas innecesarias o reabrir procesos dolorosos. Respecto a esto último, surge la importancia de la inclusión de la voz de los/las adolescentes sobre estas prácticas, ya que esto implicaría compartir su información personal. A continuación, se presenta una situación en que se incluye la opinión del adolescente y otra en que esto no ocurre:

(...) Me preguntaban si yo autorizaba que conversaran el tema porque yo me acuerdo que en el PEE-Llapemn me tenían una carpeta que era así de gorda y decía muchas cosas y me decían “¿tú autorizas mostrarte la página 800 jaja yia y mostrarle a los del Vínculo?” y yo le decía que sí que estaban autorizados, pero si yo sé que lo hacían para ayudarme. (Pamela, entrevista 1, p.97)

(...) Depende, porque yo a veces le contaba mis cosas a alguien y él le contaba mis cosas a alguien que no le tenía buena, que no le tiene confianza y na que ver po, porque la otra persona no me cae bien y si me empieza a comentar sobre eso yo no le voy a responder. (Ignacio, entrevista 4, p.122)

Al preguntar a los/las adolescentes acerca de ideas que podrían contribuir en mejorar las prácticas de coordinación estos sugieren la realización de reuniones mensuales entre programas, realizar presentaciones de casos al realizar derivación, existencia de profesional que participe en diferentes programas atendiendo a un mismo adolescente e instancias recreativas entre profesionales y adolescentes de diferentes programas. Alexander dice al respecto

(...) Mm yo creo que, hablando con el otro programa, comunicándose con actividades más entretenidas que tengan que ver con los dos programas, o no se contratando a alguien que trabaje en los dos programas al mismo tiempo, que atienda al mismo niño. (Alexander, entrevista 5, p.127)

Del mismo modo Tamara expresa parte de estas ideas enfatizando en cómo las acciones de coordinación obstaculizar/contribuyen en los procesos vinculares con los profesionales:

(...) Sí, quizás en los dos se podían juntar y decir “sabes que tú Tamara vamos a dejar esto hasta aquí, yo a tal persona le converse más o menos” o preguntarte a ti, “¿tú quieres que yo le converse todo a la otra persona?” entonces uno dice sí o no y si uno dice sí, la otra persona te lo presenta y te dice “ahora te voy a dejar con él, él te va atender ahora, yo le conversé un poco de lo que hemos hablado y ahora te toca trabajar con él” por ejemplo. Entonces por lo menos sé que me cambiaron porque de repente ni sabi y un día vai y te dicen sabes que tenían citación a las dos, y de repente vai y no sabes quién es y quedai como plop, entonces debería haber más coordinación entre ellos y también informarte que te van a cambiar o lo mismo cuando te cambian de programa (Tamara, entrevista 3, p.114).

Finalmente, es posible visualizar a la luz de los resultados cómo la valoración de las trayectorias (que incluyen tanto los programas, intervenciones y prácticas de coordinación), están en constante relación con lo vincular, siendo uno de los resultados más significativos. Se reconoce que se podría realizar un análisis más acabado del funcionamiento de la coordinación tanto entre los programas y dentro en los mismos equipos de manera más profunda. De todos modos, lo realizado nos lleva a preguntarnos el papel que cumple en los procesos terapéuticos y cómo estas prácticas desembocan en algo esencial como es el instaurar una relación de confianza con un otro. Se terminará este apartado con una de las reflexiones de las/los entrevistados.

(..) Contarle mis cosas a la misma persona siempre y no sé más confianza, es bueno contarle las mismas cosas al profesional que sabe solo el po, porque te puede ayudar más, así no se le va al profesional que hacer contigo porque ya sabe todo de ti y va a saber cómo ayudarte (Alexander, entrevista 5, p.128).

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los objetivos propuestos y de los resultados obtenidos, es posible poner en discusión una serie de elementos que permiten analizar las trayectorias de atenciones de salud mental de las/los adolescentes. En esta línea, se desarrollarán las principales apreciaciones e ideas respecto al concepto de salud mental, trayectorias de atención de salud mental, relación terapéutica adolescente-profesional, intervenciones colectivas y desafíos respecto a la coordinación, cerrando con una reflexión respecto al trabajo realizado.

1. Salud mental y las implicancias de su conceptualización

Una de las aristas centrales que emerge de los relatos tienen que ver con las ideas respecto al concepto de salud mental. A diferencia de lo postulado por la OMS que entiende la salud mental como algo que va más allá de los trastornos y que se relaciona con el bienestar personal, las diversas concepciones que emergen de los/las adolescentes lo asocian a enfermedades, trastornos mentales o problemas. Estas nociones se relacionan con el enfoque biomédico planteado por Restrepo & Jaramillo (2012) y tienen una serie de implicancias, ya que una mirada desde la patologización podría contribuir en una visión de individualización de los problemas y a ignorar los diferentes factores (macro y micro sociales) postulados en la Norma Técnica 85 (2006) que podrían llevar a la situación de consumo e infracción de ley. La reducción del concepto sólo a aspectos negativos tiene sentido con la historia narrada por las/los adolescentes, ya que es en los momentos más críticos de su vida donde aparecen las figuras de los profesionales de la salud mental, acompañados de prácticas de tratamiento que intentan dar solución a sus problemáticas y que buscan “reparar” lo que no está funcionando. El riesgo de esta visión es que no se considere una dimensión relevante de la salud mental que tiene que ver con las prácticas de promoción, prevención, e intervenciones de carácter comunitario reconocidas por su papel tanto para el trabajo del consumo problemático como para la infracción de ley.

Lo anterior se relaciona con el estigma en salud mental y su vigencia, la asociación que realizan los/las adolescentes frente a la temática de salud mental es la que gran parte de la sociedad aún mantiene, ésta viene acompañada de una serie de prejuicios y desinformación acerca de lo que significan los tratamientos en el área. Entre las consecuencias que se derivan de esta visión, ésta es el cómo viven estos mismos adolescentes el ingreso a dispositivos de salud mental, la forma en que su entorno cercano significa y se relaciona con el sujeto posterior a un diagnóstico y problemas en

la integración social. Como plantea Corrigan (2018), las personas que presentan algún tipo de patología de consumo de sustancias pueden haber tenido experiencias dañinas de discriminación, en ámbitos como la búsqueda de trabajo o en los mismos dispositivos de atención. A partir de lo mencionado, se plantea la necesidad de educar y trabajar el estigma, ya que esto también contribuye a promover la búsqueda de ayuda temprana, mejorar la adherencia de los tratamientos y propiciar que la red primaria del adolescente este informada acerca de la temática y logre ser un apoyo para el sujeto (Corrigan, 2018).

Por otro lado, la desconfianza hacia el uso de medicamentos debe ser visibilizada, ya que como plantea Goti et al. (2016) y Conejeros (2012) es parte de los tratamientos basados en la evidencia con mejores resultados, el cómo se comunique a los/las adolescentes y el que forme parte de un proceso con apoyo psicológico personal y familiar, es fundamental para que sea comprendido y aceptado. Más allá del uso mismo de fármacos, se debe atender el temor a que este se transforme en una droga en esta población específica, ofreciendo intervenciones que incluyan sus impresiones y dudas. Al respecto, el modelo de Toma de Decisiones compartidas (Bello, 2020) postula que hay que considerar que casi siempre existe diversidad en alternativas de tratamiento basadas en la evidencia, cada una con ventajas y desventajas, por lo que es importante que el proceso de decisión acerca de qué intervención es más apta sea discutido con los consultantes y sus familias, informando acerca de las razones por las cuales sería importante, por ejemplo, tomar una medicina en cierto momento. Del mismo modo, si la persona opta por no seguir cierta intervención, no se debe dejar de entregar apoyos ni limitar las prestaciones, más bien es necesario armar un plan de acompañamiento frente a la decisión del consultante. Todo esto considerando que no todos necesitan de las mismas intervenciones y que estas serán exitosas en la medida que su implementación sea acogida por los usuarios.

No se debe olvidar, que las visiones acerca de la salud mental mencionadas tienen una dimensión estructural. Madariaga (2018) lo expresa al referirse a la lógica que podrían tener detrás las políticas que buscan regular el tratamiento del consumo en adolescentes, ya que de alguna forma la doble categorización que se le da a los/las adolescentes de “enfermos y delincuentes” podría vincularse con la manera en se ven a sí mismos y creen que son vistos por los sistemas de atención. Es así como problematizar con los mismos adolescentes esta visión podría ser un aporte, trabajando tanto el aspecto institucional que genera apreciaciones de “sí mismos” ligadas a lo patológico, como también poniendo en discusión el tipo de intervenciones y forma en

que los mismos profesionales pueden estar promoviendo visiones asociadas a las carencias.

2. Trayectorias de atención: un análisis necesario.

Respecto al uso del concepto trayectorias de atención, fue posible destacar su utilidad para observar los sentidos y vivencias de los/las adolescentes en diferentes espacios de salud que, como plantea Lera et al (2007), contribuyó en el entendimiento respecto a cómo las experiencias pasadas en dispositivos podrían influir en las decisiones respecto al propio cuidado de la salud mental, específicamente en las disposiciones y expectativas de las atenciones. No obstante, se reconoce la necesidad de integrar otras estrategias de estudio para indagar acerca de este constructo, particularmente hubiese sido provechoso considerar fuentes secundarias o la realización de análisis documentales que verifiquen los programas por los cuales pasaron los/las adolescentes, además de contar con otras estrategias como grupos de discusión, que dado el contexto de pandemia actual no pudieron ser incorporados.

Al analizar los diferentes espacios donde los/las adolescentes reconocen haber recibido atenciones, se observa cómo la mayoría de los entrevistados han ingresado y reingresado a dispositivos del área de protección. Este fenómeno debe ser considerado, ya que como planteaba Jorge Álvarez (2014) el reingreso a la red de protección en un factor de riesgo para la entrada al circuito de justicia juvenil. Generar estrategias para que estas trayectorias impliquen el menor número de colocaciones, a través de diagnósticos psicosociales acertados que permitan elegir dispositivos acordes para adolescentes es fundamental, ya que como plantea la Fundación Hogar de Cristo (2017) un paso por un número excesivo de programas puede generar daño psicológico a los/las adolescentes debido a las experiencias de desarraigo y de desconfianza que se generan hacia los profesionales y las instituciones. En los resultados es posible ver cómo esto puede revivir experiencias de abandono y evocar sentimientos de frustración (Fragmento: Tamara y Elizabeth p.). Por otro lado, no se debe ignorar que también existe una valoración positiva acerca del paso por diferentes dispositivos, conocer nuevas personas es una de las razones, esto se relaciona con el periodo vital de la adolescencia donde la extensión de la red social y socialización con personas externas a la familia adquiere importancia (Gaete, 2015).

Un elemento que surge del análisis de las trayectorias es la ausencia de recuerdos de atenciones en la primera infancia. En este sentido, esto podría relacionarse con la escasa explicación a NNA acerca de los procesos terapéutico en que participan, siendo

común que no se les pregunte acerca de sus dudas o del porqué están participando en dispositivos. Por otro lado, surge la hipótesis acerca de la temática de trauma, en este caso, el “bloqueo” de estas experiencias podrían responder a mecanismos psicológicos que protejan a los/las adolescentes de experiencias difíciles, ya que como plantea la Norma Técnica 85, es posible que su desarrollo está marcado por historias de vulneración. De esta manera, sería interesante poder indagar en futuros estudios las diversas explicaciones que surgen en torno a esta temática dentro del ámbito de la psicología. La relevancia de lo anterior radica en que los profesionales se enfrentan a estas respuestas a diario e independiente de que el objetivo de las terapias de consumo no sea respecto a la vulneración de derechos (Hogar de Cristo 2007), deberían contar con herramientas para poder enfrentarlas de manera adecuada. La formación profesional continua en esta área para todos y todas las que trabajen con población de NNA que han estado en riesgo, es parte de los desafíos que quedan para asegurar una protección integral de la infancia.

En relación con las experiencias de atenciones de salud mental que han tenido en programas, existe cierta lectura que los/las adolescentes realizan acerca de sellos institucionales o practicas recurrentes en ciertos espacios. Es así cómo fue posible observar el reconocimiento de características propuestas por el estilo de asistencia que promueve la entrevista motivacional (Pérez-Luco et al, 2014) en la cual se fomentan relaciones interpersonales no autoritarias, que trabajen desde la empatía y reconocimiento de la vivencia de un otro. La valoración de este tipo de estilo relacional se expresa cuando los/las adolescentes distinguen entre los programas los espacios “familiares” en los cuales establecen relaciones de carácter horizontal, existe confianza para moverse por las dependencias y ciertos hábitos sociales que configuran su forma de relacionarse en el espacio. De esta forma, prácticas cotidianas como el saludo, el tratarse por nombre y el almorzar en conjunto, van conformando experiencias de atención que son valoradas por estos.

Por otro lado, se identifican atenciones individuales que se dan en contextos que promueven un modelo médico-sanitarista (ASECEDI, 2009), en las cuales se asiste directamente a una oficina/box, son cortas y con características impersonales, siendo vistas como hostiles y poco atractivas. Estas son asociadas principalmente a los centros de salud que realizan entrega de fármacos y tendrían como característica la dificultad para acceder a ellas. Esto coincide con lo que plantea el informe realizado de la Cámara de Diputados en el cual se expresa la problemática en torno al acceso a horas en los servicios. Lo mencionado es relevante, ya que implicaría que los sistemas de salud no

están logrando abordar la realidad de los/las adolescentes con este perfil, entendiendo la tendencia a desvincularse de estos dispositivos por parte de la población adolescente (Goti, et al 2016).

Uno de los fenómenos que emergió durante la revisión bibliográfica y que fue indagada con los/las adolescentes fue la repetición de preguntas y relatos complejos. Respecto a esto existe cierta ambivalencia frente a su ocurrencia ya que por un lado se expresa que la reiteración permite escuchar nuevas opiniones y contribuye al proceso de sanar, y por otro lado, se considera en muchos casos innecesaria e incluso dolorosa, ya que volver a revivir experiencias difíciles también podría presentarse como un obstáculo para el trabajo terapéutico. Es así como de alguna forma la repetición de experiencias complejas en sí misma no siempre es significada como negativa, sino que, probablemente, cuando ésta se da en un contexto donde no existe confianza, hay insistencia de profesional por recabar información o no hay un vínculo aún conformado. Al respecto, se debe considerar que el proceso diagnóstico es realizado por cada programa al que asiste el/la adolescente y que en muchos casos requiere un número no menor de sesiones (Goti et al, 2016), esto puede implicar que los/las adolescentes deban repetir en diferentes espacios la misma información, relevándose la necesidad de que en los primeros encuentros se equilibre la conformación de vínculo y la obtención de información. Lo importante de los resultados es que muchas veces se pasa por alto que los/las adolescentes ya han tenido procesos terapéuticos, por lo cual preguntar respecto a las actividades realizadas y temáticas trabajadas tanto a los profesionales que atienden previamente a los/las adolescentes como a los mismos sujetos, podría contribuir a evitar la dimensión negativa de la repetición de preguntas y relatos.

Sin perjuicio de lo anterior, la repetición de relatos complejos o experiencias traumáticas es un ámbito que se debería seguir estudiando, ya que como se trabajó en los antecedentes, solo se ha pensado dentro del contexto jurídico y no con sujetos que han sido institucionalizados gran parte de su vida. El lenguaje y el repetir una historia a diferentes personas no es inocuo y debe existir conciencia por parte de los profesionales de los efectos de esta práctica, no evitando que se repita todo tipo de relato complejo, porque es de conocimiento común que verbalizar ciertas experiencias a través de conversación es fundamental en los procesos de psicoterapia, sino buscando herramientas para que esto pase siempre y cuando sea necesario.

3. Relación adolescente – profesional: construyendo una trayectoria

Es relevante mencionar que fue esta la temática la que con más fuerza emergió de los relatos y que, aunque se esperaban narraciones ligadas en mayor medida al tránsito entre los programas, fue el elemento vincular el que tuvo mayor protagonismo. En relación a las actitudes, ideas o creencias que se rescatan, es posible ver cómo las respuestas son similares con lo planteado en Teoría de factores comunes y lo expresado por Vizcarra & Dionne (2008) sobre los esquemas o formas relacionales. La consideración, por ejemplo, que permitiría el reconocimiento del valor intrínseco de la persona es uno de los elementos que los/las adolescentes más rescataron de los profesionales. Esto se expresa cuando se refieren a la importancia de sentirse reconocidos desde la singularidad, que se dirijan a sí mismos por su nombre, que no los juzguen por etiqueta diagnóstica y que consideren los/las más allá de la figura del paciente, entre otras. Esto se asemeja con los resultados de la investigación de Fernández, Herrera & Escobar (2014) acerca de la valoración positiva que otorgan adolescentes a ser tratados como iguales.

Otro de los elementos que emerge y es posible identificar en la mayoría de los estudios descritos (Mendoza 2016; Páramo 2011; Karver 2008) es la empatía, la cual se puede apreciar en la importancia que se le da a que los/las profesionales expresen sus emociones y entreguen demostraciones físicas de cariño. En contraste, al igual que lo que expone Kasija & Oviedo (2001) se identifican como obstaculizadoras relaciones frías, poco contacto visual y escasa actitud de escucha. En este sentido, existe coherencia entre los resultados obtenidos y la bibliografía revisada, destacándose elementos comunes que van más allá del tipo de intervención o sustrato teórico con el cual trabajan los/las profesionales. El desarrollo de las condiciones descritas permitiría un contexto vincular que entrega un escenario de posibilidades para el desarrollo de procesos terapéuticos, es por esto que sería esencial promover relaciones de reconocimiento mutuo (profesional-adolescente) para la construcción de vínculos de confianza que promuevan la reparación socio afectiva (Comunidad vínculos, 2020b).

Lo expuesto, pone en cuestión algunos de los estilos relacionales que escuelas de terapia sugieren, por ejemplo, la importancia de mantener la distancia profesional. De esta forma, es probable que líneas del desarrollo psicológico favorezcan principios como la no implicación, ya que a pesar de que la mayoría de estas han tenido un vuelco hacia lo relacional, pueden existir terapeutas que aún promuevan encuadres con características rígidas. En este sentido, entender que la relación terapéutica posee una cualidad especial es fundamental, pero al mismo tiempo, es necesaria la implicación de

los terapeutas en la generación de relaciones significativas con los/las adolescentes (Santibáñez, 2002). Esto es algo que debe ponerse en discusión, ya que los resultados señalarían que los terapeutas deberían ser capaces de mantener su rol profesional y trabajar en la generación de relacionales cálidas y cercanas.

A diferencia de los otros esquemas que surgen de los relatos de los/las adolescentes, la confianza como pauta relacional tendría particularidades, ya que al igual que en la investigación realizada por Mendoza (2016) tendría como característica fundamental una conformación gradual en el tiempo, requiriendo de un periodo más largo para su establecimiento. La importancia que tiene es que permitiría una apertura real de las temáticas que aquejan a las/las adolescentes y al ser un proceso, estará en negociación continuamente a partir de las otras actitudes que influyen en su conformación. En un principio se reconoce por parte de los/las adolescentes que ignorar o evadir será su primera reacción, por lo que es fundamental que el/la profesional insista en la creencia de la posibilidad de cambio del sujeto. Frank (1982 citado en Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra & Müller, 2008), señala algo similar mencionado la importancia de que los profesionales expresan esperanza en el cambio durante las intervenciones. Por último, no se debe olvidar el reconocimiento por parte de los/las adolescentes de los profesionales que se relacionen más allá del problema, que buscan formas diversas y creativas para propiciar el acercamiento vincular.

4. Intervenciones colectivas y su importancia en los procesos terapéuticos

Otro de los elementos recurrente al narrar las trayectorias de atención, fue la valoración positiva de actividades colectivas como talleres y terapia grupal. Respecto a esto es posible observar cómo lo relacional también emerge en un escenario en el cual la vivencia de un otro es reconocida como un aporte y permite que los/las adolescentes se sienten comprendidos por pares que pueden tener experiencias similares. Es así cómo es posible ver que en las narraciones se hace una diferenciación respecto a programas que cuentan con estas intervenciones y los que no. El que estén integradas como una estrategia institucional también habla de cómo los programas entregan o no una oferta diversa en modalidades (Norma Técnica 85) y consideran las edades e intereses de los/las adolescentes. Que los tratamientos reconozcan las características del curso vital de la adolescencia es fundamental para que cuenten con espacios físicos atractivos, en donde existan herramientas recreativas que propicien la adherencia los sujetos de atención. En muchas ocasiones son este tipo de actividades en que aparentemente no se trata el problema en sí mismo, sino que se enfocan en las habilidades o en vivencias compartidas con otros, las que invitan a la participación y

reflexión respecto a iniciar un proceso terapéutico. La importancia que esto tendría según autores como Gaete (2015) es que esta invitación hacia el desarrollo de áreas como la identidad sexual, vocacional, moral, ideológica y social podría ayudar en la integración de experiencias pasadas. Pamela y Francisco lo relatan en los fragmentos (p.55 y p.58) en los que se destaca como las experiencias grupales e individuales en que se han trabajado temáticas de interés, han contribuido en su construcción personal.

5. Desafíos respecto a la temática de coordinación

En relación con el último objetivo planteado, a partir de las narraciones se pudo observar una diversidad de respuestas en relación con la importancia que se le otorga a las prácticas de coordinación, conformando un continuo desde un desinterés hasta una exigencia de que esto se realice. Las prácticas de coordinación independientemente de su valoración son vistas como responsabilidad del profesional que atiende, es decir, se realizan según su voluntad de coordinarse con profesionales de otros programas o del mismo equipo. Esto implica una serie de desafíos respecto a la coordinación, ya que como plantea Burky (2017) podría dar cuenta de cierta fragmentación de las redes institucionales, en los cuales procesos de comunicación básicos quedan a decisión de los/las profesionales. Del mismo modo, quedaría como aspecto a indagar si los objetivos de trabajo son socializados entre los espacios de atención a cargo de un mismo adolescente. Esto podría ser problemático sobre todo cuando existen estudios en que los mismos equipos reconocen que los lineamientos técnicos de diferentes programas no dialogan entre sí (Burky, 2017).

En este sentido como expresa el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2018) una gestión de las trayectorias de NNA debe considerar la circulación por diferentes dispositivos cualquiera sea su tipo e implicar una secuencia de acciones conectadas lógicamente y temporalmente (Barreto & González, 2018). No obstante, los relatos solían llevar la sensación de empezar de nuevo y de desconexión entre lo realizado en uno u otro espacio. El cambio de profesional a cargo, mencionado por los/las adolescentes, debería evitarse cuando se pueda, entendiendo que parte del proceso terapéutico implica una dimensión relacional afectiva dada por las relaciones que se generen con los profesionales. Si esta no puede evitarse, debe garantizarse una continuidad relacional y de información, a través de estrategias como la derivación asistida y existencia de encargado de casos, que también son mencionadas por los mismos los/las entrevistados.

6. Reflexiones finales

Respecto a la dimensión disciplinar del estudio, se puede dilucidar el papel que debería tener psicólogos/as en resguardar esta continuidad, esto considerando el rol clínico que desempeñan en la realización de procesos psicoterapéuticos. Asimismo, características de la conformación del vínculo con los/las adolescentes como la consideración, horizontalidad y empatía son elementos que deben estar presentes en las relaciones que se establecen en los espacios, ya que son estas las que contribuirían en establecer relaciones de confianza que permitan profundizar en las temáticas que realmente aquejan a los/las adolescentes. Por otro lado, a la luz de los resultados fue posible reconocer como las funciones de psicólogos y psicólogas deben ir más allá de su rol clínico, siendo fundamental realización de actividades de la línea de la psicología comunitaria. La valoración que se le otorga a las actividades colectivas en que existe desarrollo educacional, artístico o físico, es muestra de ello, por lo que profesionales psicólogos/as deben asegurar este tipo de intervenciones no solo por que contribuyen a la adherencia a los espacios, sino también porque contribuyen al bienestar subjetivo de los sujetos.

Finalmente surge la pregunta ¿Cómo podemos hablar de sobre intervención si no sabemos a qué nos referimos? Esta se puede relacionar con diversas prácticas, por ejemplo, con muchos programas participando en un mismo caso de manera paralela, con la superposición de objetivos de intervención entre programas y con la repetición de preguntas y relatos complejos. Definir qué se entenderá por este concepto desde la teoría y bajo qué parámetros se debe evitar, es fundamental para prevenir las consecuencias que se podrían derivar de esta. A pesar de que en los casos revisados no podemos hablar de existencia o no existencia de sobre intervención, sí podemos mostrar narraciones en que las experiencias de adolescentes que cometen infracción de ley y consumo problemático han implicado un paso por diferentes procesos terapéuticos, y estos en algunos casos, han evocado procesos dolorosos que ellos pueden reconocer y poner en palabras. La pregunta por la sobre intervención debe ir de la mano de la pregunta por el acceso, ya que la existencia de una oferta programática amplia es necesaria pero no suficiente para generar procesos exitosos.

Los alcances del estudio no logran incorporar aspectos esenciales que infieren en este fenómeno, aspectos como rotación de personal, condiciones laborales y recursos con los que se cuentan en los programas son temáticas que no deben ser ignoradas cuando se estudien las atenciones de salud mental en redes institucionales públicas.

El objetivo de trabajo siempre ha sido ser un aporte para los/las profesionales

y no invisibilizar las dificultades a las que se enfrentan. En este sentido, el objetivo fue recoger la voz de los/las adolescentes, ya que solo este ejercicio permite ver que tan efectivas están siendo las prácticas realizadas y de qué forma podemos ser un aporte para uno de los grupos que más ha vivido vulneraciones y estigmatización por parte de la sociedad. Se rescata lo provechoso de realizar futuros estudios donde se analicen trayectorias en otros espacios geográficos, diversificando los rangos etarios y considerando como visualizan el fenómeno los y las profesionales, enfatizando en como afectan estas trayectorias en la disposición a los tratamientos y en los indicadores de éxito terapéutico (disminución de consumo, reinserción, entre otros).

A pesar de que los resultados deben ser mirados de manera contextual respecto al territorio en el cual fueron realizados y considerando la limitación del número de entrevistas realizadas, fue posible recoger la experiencia subjetiva de los/las entrevistados respecto a los caminos de salud transitados, todo esto enfatizando en la figura de NNA como sujetos activos y protagonistas de sus procesos terapéuticos.

VII. Referencias

- Agudelo M. & Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (17), 353-378. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5857466>
- Aguilera, X., Castillo, C., Covarrubias, T., Delgado, I., Fuentes, R., Gómez, M., ... & Quiroga, A. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Recuperado de <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
- Alcaíno, C., Benzi, G., Castro, C., Hernández, D., Hernández, C., Hernández, A., ... Maldonado, M. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes, Métodos y técnicas terapéuticas*. Recuperado de https://www.psicoinjuv.uchile.cl/docs/publicaciones/varios_psicoterapia_evolutiva_constructivista_ninos_adolescentes.pdf
- Álvarez, F. (2000). El delito de cuello blanco. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/181/18100101.pdf>
- Álvarez, J. (2014). Factores de riesgo asociados para ingresar al circuito de Justicia Juvenil del Sename. *Revista señales*, (12), 6-24. Recuperado de https://www.sename.cl/revistas-senales/Senales_12_2014.pdf
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Aravena, C. (2014). *Aplicación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y sus principios en el ejercicio profesional de psicólogos de atención primaria de salud* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134258/Memoria%20de%20Titulo%20Catalina%20Aravena.pdf?sequence=1>
- Asociación de entidades de centros de día [ASECEDI]. (2009). *Educación de las Masculinidades en el siglo XXI*. España. Recuperado de <http://www.asecedi.org/docs/masculinidades.pdf>
- Astudillo, C. & Cerda, C. (2015). *Comprensión del estilo Vincular de los Adolescentes infractores de ley como Estrategia para la Intervención Socioeducativa*. Recuperado de <https://corporaciongabrielamistral.org/articulo-comprension-del-estilo-vincular-de-los-adolescentes-infractores-de-ley-como-estrategia-para-la-intervencion-socioeducativa/>
- Ballesteros, M. & Sarmiento, J. (2014). Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 5(1), 32-41.
- Barreto, K. & González, J. (2018). Historia clínica integral en atención primaria de salud con enfoque en los determinantes sociales de salud. Atención integrada a las

- enfermedades prevalentes en la primera infancia. *Revista Salud Bosque*, 8(2), 23-34. <https://doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2491>
- Berrios, G. (2011). La ley de responsabilidad penal del adolescente como sistema de justicia: análisis y propuestas. *Polít. Crim*, 6(11), 163-191. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-33992011000100006#n29
- Berenzon, S. & Juárez, F. (2005). Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 619-626. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rsp/2005.v39n4/619-626/pt/>
- Biblioteca del congreso Nacional de Chile. (2005). Ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=244803>
- Biblioteca del congreso Nacional de Chile. (2007). Ley 20.191 Modificación a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=261383>
- Blasco, T & Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. *Nure investigación*, 33. Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/408/399>
- Bonilla-García, M. & López-Suárez, A. (2016). An example of methodological process of grounded theory. *Cinta de moebio*, (57), 305-315. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300006>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación*, 2(2), 50-63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Burky, S. (2017). *La implementación de políticas sociales desde la perspectiva de la gobernanza interactiva: el caso del Programa 24 Horas* (Tesis de Magíster). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/145924/La-implementacion-de-politicas-sociales-desde-la-perspectiva-de-la-gobernanza-interactiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cámara de Diputados. (2015). *Evaluación de la Ley N°20.084 que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal*. Recuperado de <http://www.evaluaciondelaley.cl/wp-content/uploads/2019/07/responsabilidad-penal-adolescente.pdf>
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75-95. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000100005>
- Campoverde, E. & Quiroga, M. (2016). Modelo de atención integral sociopsicológico y pedagógico para la reinserción social de adolescentes infractores. *Dominio de las Ciencias*, 2(1), 3-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761536>
- Casas, J. & Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(1), 20-24. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)

- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century: A qualitative method for advancing social justice research. *Handbook of qualitative research*, 3, 507-535.
- Cohen, J., & Pérez, M. (2016). *Consumo problemático de drogas en adolescentes y vínculo familiar como agente socializador preventivo* (Tesis de pregrado). Universidad de la República, Uruguay.
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/m_trabajo.pdf
- Comunidad Vínculos. (2020a). *Nuestra historia*. Recuperado de <https://www.comunidadvinculos.cl/nuestra-historia/>
- Comunidad Vínculos. (2020b). *Programa Terapéutico Comunidad Terapéutica Vínculos*.
- Conejero, J. (2012). Jóvenes infractores de ley. En C. Almonte & M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Consultora Aprender a Crecer. (2020). *Guía para el acompañamiento infanto -parental en modalidad no presencial. Programa Estar, Ser y Crecer COVID 2019*. Recuperado de <https://aprenderacrecer.cl/download/programa-estar-ser-y-crecer-modulo-covid-19/>
- Contreras, J., Rojas, V. & Contreras, L. (2015). Análisis de programas relacionados con la intervención en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos: La realidad chilena. *Psicoperspectivas*, 14(1), 89-102.
<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue1-fulltext-528>
- Corrigan, P. (2018). Estigma en Salud Mental: la importancia de los equipos de salud como agentes de integración. Santiago, Chile. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/noticias/estigma-salud-mental-la-importancia-los-equipos-salud-agentes-integracion/>
- Cuba, M. & Romero, Z. (2016). El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 780-784. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n4/780-784/es/>
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004
- Defensoría de la Niñez. (s.f). *¿Qué se entiende por vulneración de Derechos?*. Recuperado el 14 de julio del 2010 de https://www.defensorianinez.cl/prequntas_frecuentes/que-se-entiende-por-vulneracion-de-derechos/
- De la Peña, M. (2010). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección* (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/12024/1/T28264.pdf>
- Dionne, J. & Zambrano, A. (2008). Intervención con adolescentes infractores de ley. *Revista Señales*, (2), 53-75. Recuperado de https://www.sename.cl/wsename/otros/senales/Senales_02_2008.pdf#page=9

- Domínguez, C., Muñoz, C., Alvarado, J., & Villalón, M. (2019). Reformulación del sistema local de protección de la infancia en el espacio comunal. *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2018*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. 283-323. Recuperado de https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Libro-completo-en-PDF_final.pdf#page=282
- Dörr, A., Florenzano, R., Soto-Aguilar, F., Hamman, F., & Lira, T. (2016). Metodología cualitativa y análisis narrativo en psicoterapia e investigación: una revisión selectiva de la literatura. *Psiquiatría Universitaria*, 257-263. Recuperado de <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/1255>
- Dupret, M. & Unda, N. (2013). Revictimización de niños y adolescentes tras denuncia de abuso sexual. *Universitas*, XI(19), 101-128. Recuperado de <https://universitas.ups.edu.ec/index.php/universitas/article/view/19.2013.04>
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P., & Calvo, E. (2015). Mental health financing in Chile: a pending debt. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Espinoza, E. (2018). *Sistematización de la experiencia práctica de la investigación: análisis de las trayectorias de atención en personas con demencia, en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo comprendido entre febrero y julio del 2017* (Tesis de pregrado). Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador. Recuperado de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/15786/1/UPS-QT12953.pdf>
- Fava, G. (2012). El rol clínico del bienestar psicológico. *World Psychiatry*, 10(12), 102-103. Recuperado de <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/World-Psychiatry-Spanish-Edition-2012-2.pdf#page=44>
- Fernández, O., Herrera, P. & Escobar, M. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), pp. 559-575. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a39.pdf>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata
- Fundación Paz Ciudadana & Fundación San Carlos de Maipo. (2015). *Estudio sobre los niveles de exclusión social en personas privadas de libertad*. Recuperado de <https://www.fsancarlos.cl/estudios/estudio-sobre-los-niveles-de-exclusion-social-en-personas-privadas-de-libertad/>
- Gaete, J., Labbé, N., Del Villar, P., Allende, C. & Valenzuela, E. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Revista médica de Chile*, 142(11), 1377-1384. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100003>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.

- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica / Kenneth Gergen; traductoras y compiladoras, Angela María Estrada Mesa, Silvia Diazgranados Ferráns*. Bogotá: Ediciones Uniandes. Recuperado de https://www.taosinstitute.net/images/PublicationsFreeBooks/Gergen_construccionismo_social.pdf
- Gobierno de Chile. (2018). *Acuerdo Nacional por la infancia*. Recuperado de http://www.minjusticia.gob.cl/media/2018/07/Acuerdo_Nacional_por_la_Infancia.pdf
- González, P. (2017). *Gestionar la protección, administrar el sufrimiento: análisis del sistema de protección de la infancia en Chile* (Tesis Doctoral). Universidad Academia Humanismo Cristiano, Santiago. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/4172/TANT%20200.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goti, J., Díaz, R & Arango, C. (2016). *Protocolos de intervención patología dual*. Barcelona, España: Edika meds. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/7-PDUAL-adolescentes.pdf>
- Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. y Fitzgerald, R. (2013). *Investigación ética con niños*. Florencia: Centro de Investigaciones de UNICEF. Recuperado de https://childethics.com/wp-content/uploads/2015/04/ERIC-compendium-ES_LR.pdf
- Hernández, M. (2016). *El perfil sociopsicológico de la conducta desviada en la adolescencia. Un análisis multinivel de las características sociopsicológicas relacionadas con la conducta desviada* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Santiago. Recuperado de <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/13768>
- Hernández R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill Education. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hikal, W. (2009). Criminología genética y factores endógenos de la criminalidad. *Revista electrónica de portales médicos*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/340315122_Criminologia_genetica_y_factores_endogenos_de_la_criminalidad
- Hogar de Cristo. (2017). *Del Dicho al Derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Dirección Social Nacional. Recuperado de https://www.hogardecristo.cl/Libro-Del_dicho_al_derecho.pdf
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 17(2), 88-93. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/07/Desarrollo-del-adolescente.pdf>
- Bello, I. [Escuela Salud pública]. (2020). Toma de decisiones compartidas [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=686OafBCdME>

- Kasija, M. & Oviedo, P. (2001). *Psicoterapia: Variables que intervienen en el proceso desde la perspectiva de los pacientes en una muestra del área de salud privada* (Tesis de pregrado). Universidad del Desarrollo, Chile.
- Krauskopf, D. (2003). Los derechos y las características de la preadolescencia y adolescencia. *Costa Rica: UNFPA*. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Los%20derechos%20y%20las%20caracter%20de%20la%20preadolescencia%20y%20adolescencia_0.pdf
- Langer, P., Sanchez, M & Margotta, P. (2014). *Pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle*. Santiago: Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad de Chile. Recuperado de <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/pertinencia-de-prestaciones-publicas-de-salud-mental-para-ninos-ninas-y-adolescentes.pdf>
- Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., & Bolcatto, S. (2007). Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Revista Cátedra Paralela*, 4, 33-39. Recuperado de <https://catedraparalela.com.ar/revistasoficial/revista4/trayectorias.pdf>
- Liden, M. (2012). ¿Qué es la salud y qué es positivo? La solución de la ICF. *World Psychiatry*, 10(12), 104-105. Recuperado de <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/World-Psychiatry-Spanish-Edition-2012-2.pdf#page=44>
- Lobos, M. (2012). *Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas* (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117084/Lobos%20Palacios%20Tesis%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López, M. & Rojas, N. (2017). *La Protección de la Infancia en Chile: Una Mirada Regional al Servicio Nacional de Menores* (Tesis de Pregrado). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de http://www.pleyades.cl/wp-content/uploads/2018/07/2018-PLYADES-Lo%CC%81pez-y-Rojas-Tesis_-La-proteccion-de-la-Infancia-en-Chile_-una-mirada-regional-al-SENAME.pdf
- Madariaga, J. (2018). Tecnologías de intervención en adolescentes infractores de ley en Chile: siguiendo un portafolio. *Fractal: Revista de Psicología*, 30(3), 292-301. <https://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v30i3/5940>
- Mampaso Desbrow, J., Pérez-Fernández, F., Corbí Gran, B., González Lozano, M., & Bernabé Cárdena, B. (2014). Factores de riesgo y de protección en menores infractores. Análisis y prospectiva. *Psychologia latina*. 5(1), 11-20. Recuperado de <https://repositorio.ucjc.edu/handle/20.500.12020/618>
- Marin-Navarrete, R; Szerman, N. & Ruiz, P. (2018). Conceptos Básicos sobre Patología Dual. *Monografía sobre patología dual: Co-ocurrencia entre trastornos por usos de sustancias y otros trastornos psiquiátricos* (13-20). México: INPRFM, IAPA. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/324273042_Conceptos_Basicos_sobre_Patologia_Dual

- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11_DR_Maturana-13.pdf
- Mendoza, M. (2016). Relación terapéutica y cambio psicoterapéutico, desde la experiencia subjetiva de adolescentes y sus terapeutas. (Tesis de Magister). Santiago, Chile.
- Ministerio del Interior. (2008). *Magnitud de la relación entre delitos y drogas*. Recuperado de http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_CL_7075.pdf
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2014). *Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Informe 2014*. Recuperado de <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/informes%20web/evaluaciones2014/Informe%20Programa%20Infanto%20Adolescente%202014.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2006). *Norma técnica No 85. Para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol - drogas y otros trastornos de salud mental*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e5abf67b425395e04001011f017d2e.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011). *Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales dirigida a los equipos de atención primaria*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2013). Orientaciones para la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Recuperado de <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
- Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio del Interior y Seguridad pública. (2018). *Lineamientos para la puesta en marcha del sistema intersectorial de salud integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente*. Recuperado de https://www.raucaniasur.cl/wp-content/uploads/2020/02/LINEAMIENTOS-PARA-LA-PUESTA-EN-MARCHA-DEL-SISTEMA-INTERSECTORIAL_VF.pdf
- Ministerio de Salud. (2018a). *Red temática de salud mental en la red general de salud*. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
- Ministerio de Salud. (2018b). *Informe de Implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema Público de Salud Periodo 2014-2017*. Recuperado de <http://www.biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/3577/Informe%20de%20implementaci%C3%B3n%20estrategia%20RISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Enfoque de curso de vida*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., & Irrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(136). Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e136/es/>
- Munizaga, A. (2009). Potencialidades del enfoque de factores de riesgo. Breve revisión de las teorías del delito. *Conceptos*, (12), 1-14. Recuperado de <http://biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/3063/anamariamunizaga2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñoz, L. (2016). *Adolescentes infractores de ley: estado del arte sobre factores asociados a su salud mental* (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Lasallista, Colombia. Recuperado de http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/1719/1/Adolescentes_infractores_ley_salud_mental.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Estados Unidos. Recuperado de https://d14rmqtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf
- Observatorio de Drogas. (2017). *Décimo segundo Estudio Nacional de drogas en población general de Chile 2010*. Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de psicología*, 37(3), 209-223. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/970/97012834001.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (s/f(a)). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s/f(b)). Temas de salud. *Salud mental*. Recuperado de https://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Recuperado el 9 de Junio del 2020 de https://www.who.int/mental_health/publications/promoting_mh_2005/en/
- Organización mundial de la salud [OMS]. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alia

s=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307

- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34027>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Palomo, A. (1989). Laurence Kohlberg: Teoría y práctica del desarrollo moral en la escuela. *Revista Interuniv*, 4, 79-90.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (1998). *Psicología del desarrollo* (Vol. 11). México: Editorial Mcgraw-hill. Recuperado de <http://www.ceum-morelos.edu.mx/libros/libropsicologia.pdf>
- Páramo, M. (2011). Psicoterapia para Adolescentes y Perfil del Psicólogo: Análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(2), 133-142. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922823004&idp=1&cid=141368>
- Pérez, S. & Arrivillaga, M. (2017). Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. *Salutem Scientia Spiritus*, 3(2), 32-49. Recuperado de [http://www.rissalud.net/images/documentospdf/1791-5463-1-PB%20\(1\).pdf](http://www.rissalud.net/images/documentospdf/1791-5463-1-PB%20(1).pdf)
- Pérez-Luco, R., Alarcón, P., Zambrano, A., Alarcón, M., Lagos, L., Wenger, L & Reyes, A. (2014). *Manual de intervención diferenciada. Prácticas que transforman vidas*. Temuco: Ediciones Universidad de la Frontera. Recuperado de https://www.academia.edu/20805616/Manual_de_Intervenci%C3%B3n_Diferenciada_MMIDA_Pr%C3%A1cticas_que_transforman_vidas
- Petersen Zañartu, R. (2016). *Locura y Perversión. Un análisis teórico-clínico centrado en las consecuencias en el aparato psíquico de la intromisión a la fuerza del otro en el espacio privado* (Tesis de Magister). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152255/Locura%20y%20Perversi%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quezada, R. (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Ciencia, docencia y tecnología*, 25(48), 149-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4751827>
- Restrepo, D. & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista facultad nacional de salud pública*, 30(2), 201-211. Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8562/1/RestrepoDiego_2012_ConcepcionesSaludMental.pdf
- Rodríguez, H. (2008). Del constructivismo al construccionismo: implicaciones educativas. *Educación y Desarrollo Social*, 1 (2), 71-89. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2692738>

- Sanabria, A. & Uribe, R. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento psicológico*, 6(13), 203-218. Recuperado de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/126/374>
- Sandoval, J. (2010). Construcciónismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social. *Revista Mad*, (23), 31-37. Recuperado de <https://revistateoria.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/13633/13902>
- Santibáñez, P. (2002). La Alianza en Psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 20(1), pp. 9-21. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/342158359_La_Alianza_en_psicoterapia_una_sistematizacion
- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Müller, P. (2008). Inespecific Variables in Psychotherapy. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Schmidt, J. (2007). Adolescentes Infractores, Consumo de Drogas y Psicología Comunitaria. *Ensayo*. Recuperado de <https://studylib.es/doc/3586486/adolescentes-infractores--consumo-de-drogas-y-psicolog%C3%ADa-..>
- Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (s/f(a)). *¿Cuál es el objetivo del área de protección?*. Recuperado el 30 de mayo del 2020 de <https://www.sename.cl/web/index.php/objetivo-departamento-proteccion/>
- Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (s/f(b)). *Convenios Intersector*. Recuperado el 17 de Junio del 2020 de <https://www.sename.cl/web/index.php/convenios-intersector/>
- Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (s/f(c)). Programa 24 horas. Recuperado de <https://www.sename.cl/web/index.php/el-programa-24-horas/>
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2012). *Informe 5 años. Ley de Responsabilidad Adolescente*. Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/otros/INFORME_ESTADISTICO_5A_LRPA.pdf
- Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (2016a). *Resumen ejecutivo evaluación programas gubernamentales (EPG)*. Recuperado de https://www.dipres.gob.cl/597/articles-149536_r_ejecutivo_institucional.pdf
- Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (2016b). *NOTA TÉCNICA N° 4-2016; Impacto de la vulneración de derechos en la infancia y su relación en la comisión de delitos en jóvenes infractores de ley*. Recuperado de https://www.sename.cl/wsename/otros/NT-4_agosto-2016.pdf
- Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (2020). *Catastro oferta programática de la red SENAME*. Recuperado de <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2020/01/201912-CATASTRO.pdf>

- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2015). *Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas*. Recuperado de <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/PDF-411KB.pdf>
- Stein, D. (2012). Salud mental positiva: una nota de precaución. *World Psychiatry*, 10(12), 107-109. Recuperado de <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/World-Psychiatry-Spanish-Edition-2012-2.pdf#page=44>
- Stival, M. (2018). *Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: Un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario* (Tesis Doctoral) Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://repositorio.filo.uba.ar/jspui/bitstream/filodigital/9980/1/uba_ffyl_t_2018_se_stival.pdf
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía, Colombia: Ed. Universidad de Antioquia.
- Subsecretaría de Prevención del Delito (2018). *ENUSC 2018 resultados país*. Recuperado de https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/f3/c8/f3c888e2-c17e-4c4a-af63-aeb4cb4cb782/presentacion_enusc_2018_pais.pdf
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2014). *Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Corta Estadía para Población Adulta e Infante adolescente*. Recuperado de <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2016/07/UHCE.pdf>
- Tobar, M. (2010). *Ley de Responsabilidad Penal adolescente: Los discursos de las posiciones judiciales en la sala de audiencias, en torno a los/las jóvenes imputados de cometer un delito (Tesis de Magister)*. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115694/TesisFinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vaillant, G. (2012). Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural?. *World Psychiatry*, 10(12), 93-99. Recuperado de <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/World-Psychiatry-Spanish-Edition-2012-2.pdf#page=44>
- Vásquez, C. (2003). *Teorías criminológicas sobre delincuencia juvenil*. Recuperado de https://www.ucipfg.com/Repositorio/EPDP/pcEPDPv03/EPDP-04-JSP/EPDP02/Lecturas/1/Modulo%201_6.pdf
- Villalobos, M. (2014). *Trastornos de la salud mental, comorbilidad, consumo problemático de drogas y su relación con los tipos de delitos que cometen adolescentes infractores de ley de 14 a 17 años sancionados con programa libertad asistida especial en la región metropolitana de Santiago de Chile (Tesis de Magister)*. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135725/Tesis.%20Magister%20en%20Psicologia%20Clinica%20Infante%20Juvenil.%20M%20c3%b3nica%20Villalobos%20Mei%20c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Villane, Y. (2012). *Narrativas acerca de la participación de jóvenes infractores/as de ley de un programa de tratamiento de la Fundación Tierra Esperanza (Tesis de Magister)*. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116421/TESIS%20MAGISTER%20BVILLANE%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vizcarra, M. B., & Dionne, J. (2008). *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: aportes desde la psicoeducación*. Chile: RIL editores.
- Werth, F. (2016). Infractores de ley, consumo problemático de drogas y posibilidades de intervención. *Señales*, (2), 9-27. Recuperado de https://www.sename.cl/wsename/otros/senales/Senales_02_2008.pdf#page=9

ANEXOS

Anexo 1: Pauta de entrevista

1. ¿Qué es para ti una atención de salud mental?
2. ¿Crees que hay diferentes formas de entregar atenciones de salud mental? Si es así ¿cuáles?
3. ¿Consideras que los talleres o actividades grupales son atenciones de salud mental? ¿Por qué?
4. ¿Me podrías nombrar instituciones, programas o profesionales donde hayas tenido alguna atención de salud mental, antes de los 12 años?
5. ¿Me podrías nombrar instituciones, programas o profesionales donde hayas tenido alguna atención de salud mental, después de los 12 años?
6. ¿Cuántas veces al mes recibías este tipo de atenciones en los programas que te has atendido? Considera del año 2019 hacia atrás
7. ¿Cuándo participabas en las sesiones, identificabas algún objetivo o fin en la intervención?
8. Si pudieses entregar una opinión general de todas las atenciones que has recibido en tu vida ¿Qué podrías decir de ellas?
9. ¿Cómo crees que deberían ser las atenciones de salud mental? ¿Crees que podrían mejorarse?
10. ¿Me puedes contar una experiencia significativa que hayas tenido en una atención tu o alguna persona importante para ti? Puedes ser una conversación, una actividad grupal, una visita domiciliaria u otra.
11. Cuando terminaba la intervención los/las profesionales que te atendían ¿Qué sentías? ¿Podrías definírmelo con una emoción como alegría, miedo, esperanza, tristeza, enojo u otra?
12. ¿Qué acciones o actitudes de los profesionales facilitaban que asistieras a las sesiones? Considera del año 2019 hacia atrás
13. ¿Qué ayudaría a que tu u otros jóvenes confíen en un profesional?
14. ¿Qué te desanima a asistir a las atenciones de salud mental?
15. ¿Asistirías de nuevo, de manera voluntaria a algunas de las instituciones, programas o profesionales con los que te has atendido?
16. ¿Qué te ha parecido participar en más de un programa?
17. ¿Crees que hay diferencias en los tipos de atención de salud mental de los programas a los que asistes o has asistido? Si es así ¿cuáles?
18. ¿Hay alguna situación personal compleja que hayas tenido que mencionar en más de un programa? ¿Consideras que era necesario, aburrido, doloroso? ¿Porqué?

19. ¿Crees que las tareas, consejos o recomendaciones que te han solicitado realizar en los programas se repiten? ¿De qué forma?

20. Si has tenido atenciones al mismo tiempo en diferentes instituciones ¿Considera que existía coordinación entre ellas?

Si la respuesta es afirmativa ¿De qué forma lo podías observar?

Si la respuesta es negativa o no se observa ¿Consideras importante saber si existe coordinación entre ellas? ¿Por qué?

21. Si tu fueses el director de un programa que desea ayudar a jóvenes en el bienestar de su salud mental ¿Cómo mejorarías la coordinación de los programas a los que has asistido?



Anexo 2: Documento de Consentimiento Informado para adolescente mayor de edad

Este formulario de consentimiento informado es para los/las adolescentes que participan o han participado en la Corporación Comunidad Vínculos, con el objetivo de solicitar su participación en el proyecto de título: “Trayectorias de atención de salud mental de adolescentes que participan o han participado en un Programa Ambulatorio Intensivo” realizado por la licenciada en psicología Sayen Villanueva de la Universidad de Chile y supervisado por el docente y psicólogo Esteban Encina. El objeto de esta carta es ayudarle a tomar una decisión informada para participar en la presente investigación. Lea cuidadosamente el documento y realice las preguntas que desee al investigador.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes: • Información (proporciona información sobre el estudio para usted) • Formulario de Consentimiento (para obtener la firma si usted está de acuerdo en que el adolescente a cargo pueda participar).

Parte I: Información

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

- El propósito de esta investigación es analizar desde la perspectiva de los propios adolescentes como han sido sus experiencias de atención en las instituciones públicas que cuentan con programas de salud mental, con el objetivo de poder generar conocimiento respecto a las necesidades que reconocen en un tratamiento especializado de atención de salud mental y poder identificar las características de las atenciones que han sido beneficiosas para los adolescentes.

¿En qué consiste la participación del adolescente?

Responder a una entrevista semi estructurada que busca i) Describir las redes institucionales que los adolescentes reconocen como prestadoras de algún tipo de atención de salud mental. ii) Identificar las valoraciones que tienen los adolescentes

respecto de las atenciones de salud mental recibidas iii) Describir las experiencias de las adolescentes respecto a la coordinación de los programas que les otorgan prestaciones en el área de salud mental. La entrevista será aplicada a las adolescentes.

- La entrevista demandará aproximadamente 60 minutos.
- Su participación en esta investigación es voluntaria. Puede negarse a participar o renunciar a participar en cualquier momento sin perjuicio alguno.

¿Cuáles son los beneficios y riesgos de participar en esta investigación?

- Este estudio no implica ni riesgos ni consecuencias para usted. Su identidad no será revelada ni se darán a conocer sus datos. Si usted elige no consentir, todos los servicios que usted recibe continuarán y nada cambiará.
- Su participación no contempla beneficios directos para usted. Sin embargo, esta contribuye para producir conocimiento científico de los programas de atención de salud mental de adolescentes.

¿Qué pasa con la información y los datos que usted entregue?

- Los investigadores están obligados a mantener CONFIDENCIALIDAD con respecto a cualquier información obtenida en este estudio. Las respuestas dadas a la entrevista se almacenarán en una base de datos. En ella no se identificará el nombre de los participantes ni cualquier otra información que lleve a identificarlos. Le recordamos además que usted tiene el derecho a conocer los resultados de la investigación. En el caso que sea así, tendrá que contactarse al correo electrónico sayen.villanueva@ug.uchile.cl mediante al cual se podrán solicitar los resultados, una vez terminada la investigación.
- En caso de ser necesario aclarar algún dato o información reportada en la entrevista se le contactará nuevamente por medio de la Corporación Comunidad Vínculos.

¿A quién acudir en caso de cualquier duda?

- Si en algún momento tiene alguna pregunta relacionada con la investigación o con mi participación puede contactar al docente responsable Esteban Encina quien responderá sus preguntas, el contacto se realizará vía correo electrónico a la siguiente dirección esteban2@uchile.cl o al número telefónico +56961204809.
- Si en algún momento tiene comentarios o preocupaciones respecto a la conducción de la investigación o preguntas acerca de sus derechos como participante de investigación, puede contactarse con el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile a través de su presidenta Marcela Ferrer. El teléfono de contacto es 2297898726 y su dirección es av. Capitán Ignacio Carrera Pinto N°1045, Ñuñoa. Su correo electrónico es comite.etica@facso.cl

PARTE II: Formulario de Consentimiento

Si firma este documento significa que acepta participar en el estudio “Trayectorias de atención de salud mental de adolescentes que participan o han participado en un Programa Ambulatorio Intensivo”. Al firmar este documento lo hará en dos ejemplares y podrá conservar uno de ellos.

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del proyecto de investigación, sus propósitos y procedimientos, aceptando participar libremente en la investigación.

Nombre del Investigador _____ Firma del Investigador _____

Nombre del adolescente _____

Firma del adolescente _____

Fecha _____

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado, quedando una copia en su poder y otra copia para el investigador.