

**Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación
del Consumo de Drogas y Alcohol**

Informe Anual 2015

INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICA

CONVENIO SENDA – MINSAL- SENAME – GENCHI

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES
INGRESADOS AL SISTEMA PENAL POR LEY N° 20.084 CON CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL - DROGAS
Y OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL**

Santiago, marzo de 2016

I. INTRODUCCIÓN.

El presente informe contiene los resultados y análisis del proceso de desarrollo de los programas de tratamiento y de la atención en los centros en convenio SENDA- MINSAL- SENAME- GENCHI, durante el año 2015.

La información contenida en este informe, se ha obtenido de las fuentes e instrumentos diseñados para el registro de las acciones administrativas y técnicas destinadas al monitoreo de la gestión del convenio y corresponden a los reportes del Sistema de Información y Gestión SISTRAT, que incluye los datos de las personas atendidas y de los indicadores del proceso terapéutico.

El propósito de este informe es dar a conocer los resultados y aspectos más relevantes involucrados en el desarrollo de los programas de tratamiento en el período comprendido entre enero y diciembre de 2015, con el objeto de evaluar y analizar el cumplimiento de la Norma y Orientaciones Técnicas del Convenio, que permitan orientar las modificaciones, si corresponde, para el mejoramiento de la calidad de la atención otorgada a las personas y la eficacia de las intervenciones en los programas.

Las dimensiones de evaluación consideradas en este informe corresponden a la caracterización de las personas atendidas y los resultados del proceso terapéutico.

En adelante se describen los resultados obtenidos en el desarrollo de la implementación de los programas de tratamiento.

II. RESULTADOS

I. COBERTURA

Para entender de mejor forma los datos relacionados al número de personas incluidas en este informe, cabe señalar que existen dos métodos para evaluar el número de personas atendidas en convenio. El primero es mostrar el número de personas diferentes atendidas en el Convenio (4.373) es decir RUT distintos. El segundo es calcular el número de casos que se atendieron (5.711). Este último método siempre va a mostrar un número mayor de personas, puesto que existen personas que como parte de su tratamiento debieron cambiarse de plan o programa durante el período, por lo tanto al sumarlos aparecen más personas en total. Para efectos del presente informe se utilizará como unidad de análisis los casos atendidos.

Tabla 1: N° Personas por Año

Año	Personas (RUT distintos)	Personas Casos
2010	3.663	4.688
2011	3.936	5.058
2012	4.200	5.476
2013	4.306	5.638
2014	4.426	5.834
2015	4.373	5.711

El número total de personas (casos) atendidas durante el año 2015 fue de 5.711. Este total considera las modalidades de atención financiadas como planes de tratamiento¹, a saber Plan Residencial (PR), Plan Ambulatorio Intensivo en medio libre y privativo de libertad (PAI ML, PAI MP), Hospitalización en Unidades de Corta Estadía en medio libre (UHCE ML) y tres programas ambulatorios intensivos que funcionan al interior de Secciones Juveniles (PAI SJ) en las regiones de Valparaíso, Metropolitana y Araucanía.

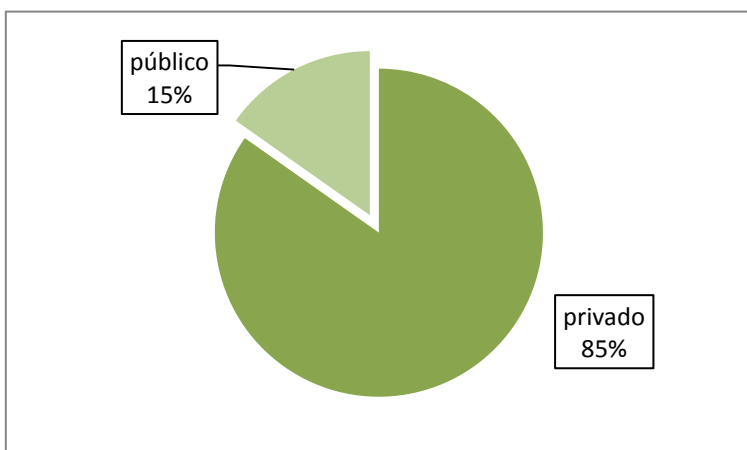
Si se suma a esta población las coberturas financiadas vía proyecto, que actualmente se ejecutan por los Servicios de Salud en Unidades de Hospitalización de Corta Estadía en medio privativo (UHCE MP), con 205 personas atendidas; y aquella atendida por los Duplas Especializadas licitadas por Gendarmería de Chile (75 personas), el total de personas atendidas se eleva a 5.991.

¹ Plan de tratamiento es un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables, definidas de acuerdo a un diagnóstico y orientadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Un Plan de tratamiento también incluye medicamentos y exámenes.

En lo sucesivo de este informe, se trabajará con la información otorgada por las modalidades PAI ML, PR, PAI MP, UHCE ML y PAI SJ, es decir, planes de tratamiento.

De las 5.711 personas atendidas el año 2015, el 35% (2.022) ingresó a tratamiento antes de ese año, y el 10,5% realizó más de un tratamiento durante el año 2015. El 85%, equivalente a 4.842 personas, se atendió en centros privados en convenio, mientras que el 15%, equivalente a 869 personas, lo hizo en establecimientos públicos.

Figura 1: Distribución N° Personas según tipo de Centro



En relación a la modalidad de atención el 58% de las personas asistió a programas de tratamiento ambulatorios en medio libre, el 32% a programas en medio privativo de libertad, el 5% a programas residenciales, el 5% a Unidades de Hospitalización de Corta Estadía y el 1,7% en programas en secciones juveniles.

Tabla 2: Distribución de N° Personas por Tipo de Plan

Plan	Personas Atendidas	
	N	%
ML-PAI	3.337	58,4
ML-PR	277	4,9
ML-UHC	262	4,6
MP-PAI	1.740	30,5
PAI - SJ	95	1,7
Total	5.711	100

II. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Al igual que en años anteriores, la mayor parte de la población atendida corresponde a hombres (90%), tal como se detalla en la siguiente tabla:

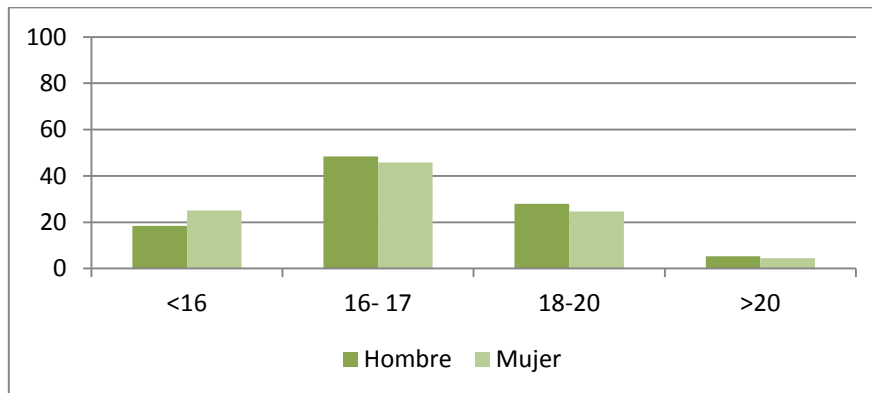
Tabla 3: Distribución de N° Personas por Sexo

Sexo	Personas Atendidas	
	N	%
Hombre	5.160	90,4
Mujer	551	9,7
Total	5.711	100

Respecto al análisis según edad, el 67% de las personas atendidas durante el año 2015 fueron menores de edad, lo que muestra un aumento de un 27% en relación al año anterior. La media y la mediana de edad de la población atendida es de 18 y 17 años respectivamente.

Al distribuir la población según rangos, se observa en la figura 2 que el mayor grupo se ubica en el rango de 16 a 17 años con el 48% de los casos atendidos, seguido por el rango de 18 a 20 años con un 28%.

Figura 2: Distribución de N° Personas por Rango Edad según Sexo



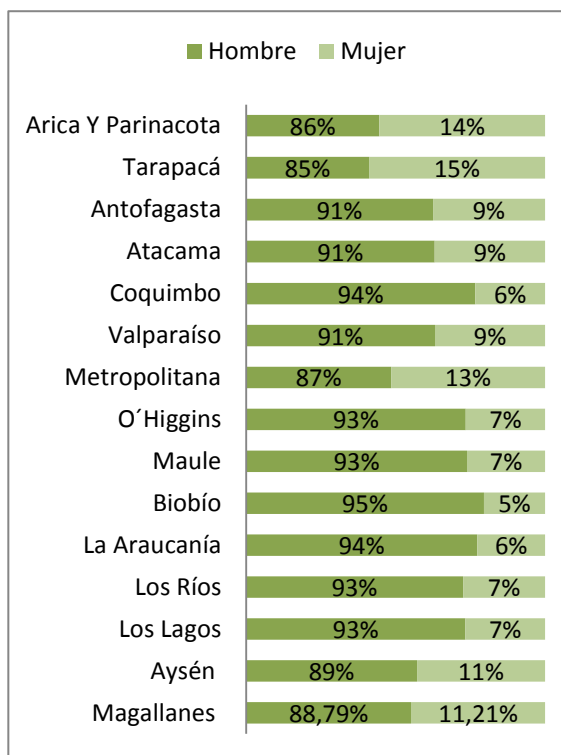
En todos los tramos de edad hubo predominio de hombres, excepto en el tramo más joven de la población atendida en el cual las mujeres estuvieron un 7% por sobre los hombres.

En relación a la distribución de las personas por región, se observa que el 35,9% se atendió en la Región Metropolitana, seguida por las regiones de Biobío y Valparaíso, con un 11% y un 7% respectivamente.

Tabla 4: Distribución Nº Personas por Región

Región	Total	
	N	%
Arica Y Parinacota	137	2,4
Tarapacá	224	3,9
Antofagasta	288	5,0
Atacama	195	3,4
Coquimbo	171	3,0
Valparaíso	380	6,7
Metropolitana	2.050	35,9
O´Higgins	347	6,1
Maule	322	5,6
Biobío	625	10,9
La Araucanía	335	5,9
Los Ríos	204	3,6
Los Lagos	270	4,7
Aysén	56	1,0
Magallanes	107	1,9
Total	5.711	100

Figura 3: Distribución Nº Personas por Región según Sexo



La mayoría de las personas atendidas el 2015 (95%) refiere no pertenecer a ninguna etnia. Entre el porcentaje restante de personas, la etnia mapuche fue la más frecuente en todo el país, con 4,4% y se encuentra mayor mente en las regiones Metropolitana, Araucanía y Los Lagos .

Tabla 5: Distribución Nº Personas según Etnia

Personas por Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	6	0,1	3	0,5	9	0,2
Alacalufe	4	0,1	0	0,0	4	0,1
Atacameño	4	0,1	0	0,0	4	0,1
Colla	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Diaguita	4	0,1	1	0,2	5	0,1
Mapuche	230	4,5	22	4,0	252	4,4
No pertenece	4.907	95,1	525	95,3	5.432	95,1
Rapanui	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Total	5.159	100	551	100	5.710	100

El estado de soltería es el que presenta una mayor frecuencia entre las personas usuarias (97%); seguido de un 2,1% por personas que conviven al momento de ingresar a tratamiento.

Tabla 6: Distribución N° Personas según Estado conyugal

Estado conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Anulado	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Casado	7	0,1	1	0,2	8	0,1
Conviviente	105	2,0	16	2,9	121	2,1
No contesta	14	0,3	0	0,0	14	0,3
Separado	5	0,1	3	0,5	8	0,1
Soltero	5.024	97,4	531	96,4	5.555	97,3
Viudo	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Total	5.159	100	551	100	5.710	100

En relación al nivel de escolaridad alcanzado por la población atendida el año 2015, el 48% no finalizó la Enseñanza Básica al ingresar a tratamiento y un 22% no finalizó la enseñanza media. Los datos entregados corresponden al último año que él o la adolescente o joven aprobó en el sistema escolar.

Tabla 7: Distribución de N° Personas según Escolaridad por Sexo

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin Estudios	14	0,3	1	0,2	15	0,3
Básica Incompleta	2.489	48,7	266	48,5	2.755	48,7
Básica Completa	1.331	26,0	149	27,2	1.480	26,1
Media Incompleta	1.105	21,6	116	21,2	1.221	21,6
Media Completa	159	3,1	13	2,4	172	3,0
Técnica Incompleta	14	0,3	2	0,4	16	0,3
Técnica Completa	1	0,0		0,0	1	0,0
Universitaria Incompleta	1	0,0	1	0,2	2	0,0
Total	5.114	100	548	100	5.662	100

De acuerdo a la tabla 8, la mayor cantidad de personas atendidas se encontraba fuera del sistema escolar a su ingreso (58%) presentando deserción escolar de un año (13%), dos años (12%), tres años (10%) o más (23%). Un 42% de las personas atendidas el año 2015 se encontraba inserta en el sistema escolar o presentaba menos de un año de deserción.

Tabla 8: Distribución de N° Personas según años de Deserción Escolar por sexo

N° de años de Deserción	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	2.178	42,2	207	37,6	2.385	41,8
1	644	12,5	89	16,2	733	12,8
2	629	12,2	71	12,9	700	12,3
3	517	10,0	58	10,5	575	10,1
4	452	8,8	48	8,7	500	8,8
5	278	5,4	27	4,9	305	5,3
6	162	3,1	19	3,5	181	3,2
7	106	2,1	14	2,5	120	2,1
8	78	1,5	5	0,9	83	1,5
9	40	0,8	5	0,9	45	0,8
10	49	1,0	6	1,1	55	1,0
>10	27	0,53	2	0,36	29	0,52
Total	5.160	100	551	100	5.711	100

En relación a la condición ocupacional, un 71% de las personas se encontraba sin actividad, un 16% estudiando sin trabajar y un 7% trabajando.

Tabla 9: Distribución de N° Personas según estado laboral por Sexo

Ocupación	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Buscando trabajo por primera vez	41	0,8	3	0,6	44	0,8
Cesante	125	2,4	9	1,7	134	2,4
Estudiando sin trabajar	834	16,2	94	17,2	928	16,3
Incapacitado permanente para trabajar	1	0,0	0	0,0	1	0,0
No busca	84	1,6	9	1,7	93	1,6
Otra	63	1,2	2	0,4	65	1,1
Pensionado o jubilado sin trabajar	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Quehaceres del hogar	8	0,2	5	0,9	13	0,2
Sin actividad	3.636	70,6	407	74,4	4.043	70,9
Trabajando	359	7,0	18	0,3	377	6,6
Total	5.153	100	547	100	5.700	100

El 72% de personas viven con al menos uno de sus padres, ya sea sólo con la madre (18%), sólo con el padre (3,4%), con ambos, o con alguna de las alternativas anteriores y pareja y/o familia de origen y/o hijos (51%). El 8% de las personas vive con abuelos.

Tabla 10: Distribución de N° Personas según las Personas con quien Vive

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con abuelos	420	8,14	53	9,62	473	8,28
Con amigos	58	1,1	7	1,3	65	1,1
Con el padre (solo)	177	3,4	15	2,7	192	3,4
Con hermanos	90	1,7	11	2,0	101	1,8
Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia	65	1,3	6	1,1	71	1,2
Con la madre (sola)	935	18,1	81	14,7	1016	17,8
Con otro NO pariente (sin los padres)	88	1,7	14	2,5	102	1,8
Con otro pariente (sin los padres)	152	3,0	23	4,2	175	3,1
Otros	229	4,4	35	6,4	264	4,6
Solo	148	2,9	9	1,6	157	2,8
Únicamente con hijos y padres o familia	26	0,5	15	2,7	41	0,7
Únicamente pareja e hijos	64	1,2	5	0,9	69	1,2
Únicamente pareja y padres o familia de origen	112	2,2	8	1,5	120	2,1
Únicamente con padres o familia de origen	2.472	47,9	239	43,4	2.711	47,5
Únicamente con la pareja	123	2,4	30	5,4	153	2,7
Total	5.159	100	551	100	5.710	100

De acuerdo a la tabla 11, la gran mayoría de las personas tratadas residen en viviendas del tipo de casa (82%) y departamento (9%); en condiciones de habitabilidad menos independientes como pieza dentro de la vivienda, residencial, pensión u hostel, alrededor del 2%; y en condiciones de vivienda más precaria (mediagua y choza, rancho, ruca) un 3%. El 2% de las personas (106 usuarios) se encontraba en situación de calle. Esta condición se refiere a quienes habitan hospederías, caletas o puntos de calle.

Tabla 11: Distribución de N° Personas según tipo de vivienda y sexo

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Caleta o punto de calle	94	1,8	6	1,1	100	1,8
Casa	4256	82,5	437	79,3	4693	82,2
Choza, Rancho, Ruca	12	0,2	2	0,4	14	0,3
Departamento	466	9,0	69	12,5	535	9,4
Hospedería	5	0,1	1	0,2	6	0,1
Mediagua	138	2,7	18	3,3	156	2,7
otro	110	2,1	10	1,8	120	2,1
Pieza dentro de la vivienda	54	1,1	5	0,9	59	1,0
Residencial, pensión, hostel	24	0,5	3	0,5	27	0,5
Total	5159	100	551	100	5710	100

En cuanto a la caracterización de la población atendida según tipo de delito, el mayor porcentaje de personas que ingresó a tratamiento el año 2015 se encontraba cumpliendo una medida o sanción por haber cometido un delito contra la propiedad (76%). Este dato es significativamente superior respecto de los otros motivos de sanción.

Tabla 12: Distribución de N° Personas según tipo de delito y sexo

Tipo de Delito	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Crímenes o Delitos considerados en la Constitución	89	1,81	9	1,7	98	1,8
Crímenes o Simples Delitos Contra Fe Pública	10	0,2	0	0,0	10	0,2
Crímenes o Simples Delitos contra el Orden de las Familias	55	1,1	0	0,0	55	1,0
Crímenes o Simples Delitos contra la Propiedad	3.753	76,3	409	77,5	4.162	76,4
Crímenes o Simples Delitos contra las Personas	471	9,6	31	5,9	502	9,2
Faltas	73	1,5	18	3,4	91	1,7
Otros (s)	225	4,6	20	3,8	245	4,5
Otros crímenes, Simples Delitos y Falta en leyes Especiales	171	3,5	27	5,1	198	3,6
Violencia Intrafamiliar Cometida por el adolescente	72	1,5	14	2,7	86	1,6
Total	4.919	100	528	100	5.447	100

Al hacer una distinción por sexo y tipo de delito, luego de los delitos contra la propiedad, los delitos contra las personas fueron más frecuentes en hombres (10%) que en mujeres (6%) y en ellas la falta (3%).

Tal como se observa en la tabla 13, no se observan diferencias importantes en cuanto al tipo de delito según rango de edad.

Tabla 13: Distribución de N° Personas según tipo de delito y edad

Tipo de delito	< 16		16-17		18-20		>20		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Crímenes o Delitos considerados en la Constitución	89	1,81	9	1,7	98	1,8	89	1,81	9	1,7
Crímenes o Simples Delitos Contra Fe Pública	10	0,2	0	0,0	10	0,2	10	0,2	0	0,0
Crímenes o Simples Delitos contra el Orden de las Familias	55	1,1	0	0,0	55	1,0	55	1,1	0	0,0
Crímenes o Simples Delitos contra la Propiedad	3.753	76,3	409	77,5	4.162	76,4	3.753	76,3	409	77,5
Crímenes o Simples Delitos contra las Personas	471	9,6	31	5,9	502	9,2	471	9,6	31	5,9
Faltas	73	1,5	18	3,4	91	1,7	73	1,5	18	3,4
Otros (s)	225	4,6	20	3,8	245	4,5	225	4,6	20	3,8
Otros crímenes, Simples Delitos y Falta en leyes Especiales	171	3,5	27	5,1	198	3,6	171	3,5	27	5,1
Violencia Intrafamiliar Cometida por el adolescente	72	1,5	14	2,7	86	1,6	72	1,5	14	2,7
Total	4.919	100	528	100	5.447	100	4.919	100	528	100

La mayoría de las personas cumple una sanción o medida en programas de medio libre (66%), principalmente Libertad Asistida Especial (25%), seguida de Medida Cautelar (14%) y Libertad Asistida Simple (12%).

Libertad Asistida Especial no presenta diferencias significativas por sexo, sí la internación en Centros de Internación Provisoria (CIP) más frecuente para hombres y Medida Cautelar en Medio Libre para mujeres.

Al realizar una comparación por sexo, un mayor porcentaje de hombres fue atendido en programas que se ejecutan en medio privativo de libertad, es decir, Centros de Internación Provisoria (CIP), Centros de Régimen Cerrado (CRC) y Secciones Juveniles (SJ), esto corresponde a un 35%, y en el caso de mujeres el porcentaje fue de 24%.

Tabla 14: Distribución de Nº Personas según Sanción o Medida Judicial y Sexo

Sanción o Medida judicial	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Amonestación	19	0,37	5	0,91	24	0,42
Cautelar medio libre	685	13,3	131	23,8	816	14,3
Internación en centro cerrado (CRC)	596	11,6	27	4,9	623	10,9
Internación en Sección Juvenil	93	1,8	1	0,2	94	1,7
Internación provisoria (CIP)	1.120	21,7	104	18,9	1.224	21,4
Libertad Asistida	612	11,9	71	12,9	683	12,0
Libertad Asistida Especial	1.290	25,0	131	23,8	1.421	24,9
Reparación del Daño Causado	12	0,2	1	0,2	13	0,2
Semicerrado	372	7,2	21	3,8	393	6,9
Servicios a la Comunidad	69	1,3	6	1,1	75	1,3
Suspensión Condicional del Procedimiento con ambas condiciones	39	0,8	5	0,9	44	0,8
Suspensión Condicional del Procedimiento, con condición SENAME	60	1,2	11	2,0	71	1,2
Suspensión Condicional del Procedimiento, con condición SENDA	192	3,7	37	6,7	229	4,0
Total	5.159	100	551	100	5.710	100

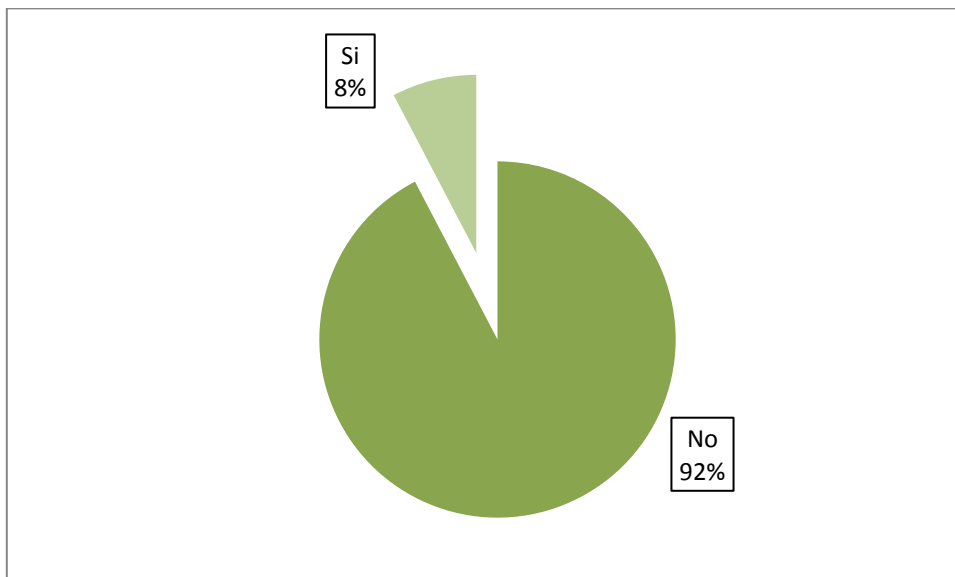
De los atendidos, la principal sanción en la población más joven (14 a 15 años), fue Internación en Régimen Cerrado con un 34% en contraposición a un 1% con esta misma sanción en mayores de 20 años; en estos últimos la mayoría cumple con su sanción en programas de Libertad Asistida Especial.

Tabla 15: Distribución de Nº Personas según Sanción o Medida Judicial y Edad

Sanción o Medida judicial	<16		16-17		18-20		>20		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amonestación	7	0,64	11	0,4	5	0,32	1	0,34	24	0,42
Cautelar medio libre	223	20,5	463	16,8	122	7,7	8	2,7	816	14,3
Internación en centro cerrado (CRC)	45	4,1	213	7,8	304	19,3	61	20,6	623	10,9
Internación en sección juvenil	0	0,0	2	0,1	56	3,6	36	12,2	94	1,7
Internación provisoria (CIP)	370	34,0	713	25,9	137	8,7	4	1,4	1.224	21,4
Libertad asistida	132	12,1	328	11,9	197	12,5	26	8,8	683	12,0
Libertad asistida especial	191	17,6	598	21,8	517	32,8	115	38,9	1.421	24,9
Reparación del daño causado	5	0,5	4	0,2	3	0,2	1	0,3	13	0,2
Semi cerrado	25	2,3	184	6,7	145	9,2	39	13,2	393	6,9
Servicios a la comunidad	11	1,0	40	1,5	22	1,4	2	0,7	75	1,3
Suspensión condicional del procedimiento con ambas condiciones	7	0,6	20	0,7	16	1,0	1	0,3	44	0,8
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENAME	16	1,5	39	1,4	16	1,0	0	0,0	71	1,2
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENDA	56	5,2	134	4,9	37	2,4	2	0,7	229	4,0
Total	1.088	100	2.749	100	1.577	100	296	100	5.710	100

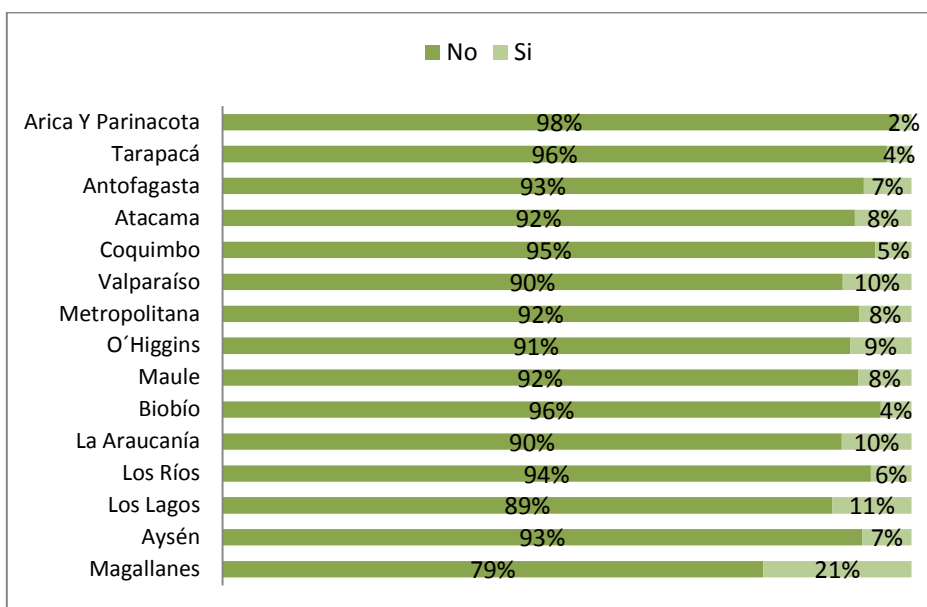
El 8% de las personas atendidas ingresó a tratamiento con Sanción Accesorias, 0,37% menos que el año 2014. Este dato confirma la tendencia a la baja de esta sanción en la población atendida experimentada los últimos 5 años.

Figura 4: Distribución de Nº Personas según las Personas con Sanción Accesorias



Al desagregar el dato por región, se observa que la región de Magallanes es la que mayoritariamente utiliza esta sanción, con un 21%, casi triplicando la media nacional. En contraposición se aprecia que la región de Arica y Parinacota el porcentaje de personas atendidas con esta sanción es de sólo un 2%.

Figura 5: Distribución de Nº Personas según las Personas con Sanción Accesorias según Región



Sustancia Principal de Consumo

En la siguiente tabla se muestra la distribución de las personas según el tipo de sustancia principal de consumo al ingresar a tratamiento.

Tabla 16: Distribución de Nº Personas según sustancia principal

Sustancia Principal		N	%	N	%
Estimulantes Cocaína				2247	39,5
	Pasta Base	1.725	30,3		
	Cocaína	521	9,2		
	Crack	1	0,0		
Alcohol				642	11,3
	Alcohol	642	11,3		
Marihuana				2084	36,6
	Marihuana	2.084	36,6		
Sedantes				628	11,0
	Sedantes	626	11,0		
	Hipnóticos	2	0,0		
Estimulantes tipo Anfetamínico				28	0,5
	Anfetaminas	12	0,2		
	Metanfetaminas y otros derivados	1	0,0		
	Otros Estimulantes	15	0,3		
Alucinógenos				3	0,1
	Otros Alucinógenos	3	0,1		
Opiáceos				7	0,1
	Otros Opioides Analgésicos	7	0,1		
Inhalables				35	0,6
	Inhalables	35	0,6		
LSD				0	0,0
	LSD	0	0,0		
Otros				23	0,4
	Otros	23	0,4		
Total				5.697 ²	100

² Se excluye del total de casos que reportan sustancia principal, trece personas "sin sustancia principal" atendidas en dispositivos ejecutados en medio privativos de libertad, en el que es posible hacer ingreso de población con otros Trastornos de Salud Mental.

La sustancia consumida tanto por hombres como mujeres, que mayoritariamente motiva el ingreso a tratamiento, es en primer lugar Estimulantes Cocaína (en todas sus formas) con un 39% de los casos; seguida de Marihuana con un 37%; y en tercer lugar de Alcohol con un 11%. En relación al año 2014, se observa una disminución en la frecuencia de estas tres drogas como principales y un aumento del 4% en el consumo problemático de sedantes.

Tabla 17: Distribución de N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por sexo

Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	582	11,3	60	10,9	642	11,3
Anfetaminas	11	0,2	1	0,2	12	0,2
Cocaína	457	8,9	64	11,6	521	9,2
Crack	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Hipnóticos	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Inhalables	27	0,5	8	1,5	35	0,6
Marihuana	1.911	37,1	173	31,4	2.084	36,6
Metanfetaminas y otros derivados	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Otro	23	0,5	0	0,0	23	0,4
Otros Alucinógenos	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Otros Estimulantes	15	0,3	0	0,0	15	0,3
Otros Opioides Analgésicos	4	0,1	3	0,5	7	0,1
Pasta base	1.585	30,8	140	25,4	1.725	30,3
Sedantes	524	10,2	102	18,5	626	11,0
Total	5.146	100	551	100	5.697	100

La mayor diferencia entre hombres y mujeres, se evidencia en sedantes con un 10% y 19% respectivamente; Cocaína 9% y 12% respectivamente y Pasta base con un 25% para mujeres y 31% para hombres.

Tabla 18: Distribución de N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por Grupo Etario

Sustancia	<16		16-17		18-20		>20		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	89	8,2	266	9,7	237	15,1	50	16,9	642	11,3
Anfetaminas	1	0,1	8	0,3	3	0,2	0	0,0	12	0,2
Cocaína	127	11,7	238	8,7	134	8,7	22	7,4	521	9,2
Crack	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0
Hipnóticos	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,0
Inhalables	9	0,8	19	0,7	7	0,4	0	0,0	35	0,6
Marihuana	402	37,0	1.058	38,6	557	35,4	67	22,6	2.084	36,6
Metanfetaminas y otros derivados	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0
Otro	6	0,6	5	0,2	10	0,6	2	0,7	23	0,4
Otros Alucinógenos	0	0,0	1	0,0	2	0,1	0	0,0	3	0,1
Otros Estimulantes	4	0,4	4	0,2	4	0,3	3	1,0	15	0,3
Otros Opioides Analgésicos	1	0,1	5	0,2	1	0,1	0	0,0	7	0,1
Pasta base	283	26,1	807	29,4	499	31,7	136	46,0	1725	30,3
Sedantes	164	15,1	330	12,0	116	7,4	16	5,4	626	11,0
Total	1.086	100	2.471	100	1.574	100	296	100	5.697	100

Entre los 14 y los 19 años, la droga más prevalente al ingreso fue Marihuana, con un promedio de 37%. Para mayores de 20 años, la droga principal más consumida fue la Pasta Base de Cocaína, observada en un 46% de los casos. El consumo de sedantes, inhalables y cocaína fue mayor en el rango etéreo de 14 a 15 años que en el resto de la población.

Tabla 19: Promedio de edad de Inicio de la Sustancia Principal

Sustancia principal	Mediana	Promedio	N
Alcohol	13,0	12,9	641
Anfetaminas	14,0	13,8	12
Cocaína	14,0	13,5	521
Crack	15,0	15,0	1
Hipnóticos	13,5	13,5	2
Inhalables	13,0	12,0	35
Marihuana	13,0	12,4	2.084
Metanfetaminas	16,0	16,0	1
Otros	15,0	12,3	23
Otros Alucinógenos	13,0	10,7	3
Otros estimulantes	12,0	14,2	15
Otros Opiodes	14,0	14,9	7
Pasta Base	14,0	13,5	1.724
Sedantes	14,5	13,7	625
Total	13,0	13,0	5.711

Las edades de inicio del consumo (de la sustancia principal) más tempranas, fueron en promedio 11 y 12 años para otros alucinógenos e inhalables respectivamente.

Para las drogas más consumidas, a saber, Marihuana, y Cocaína (en todas sus formas), los promedios de edad de inicio son 12 y 14 años respectivamente.

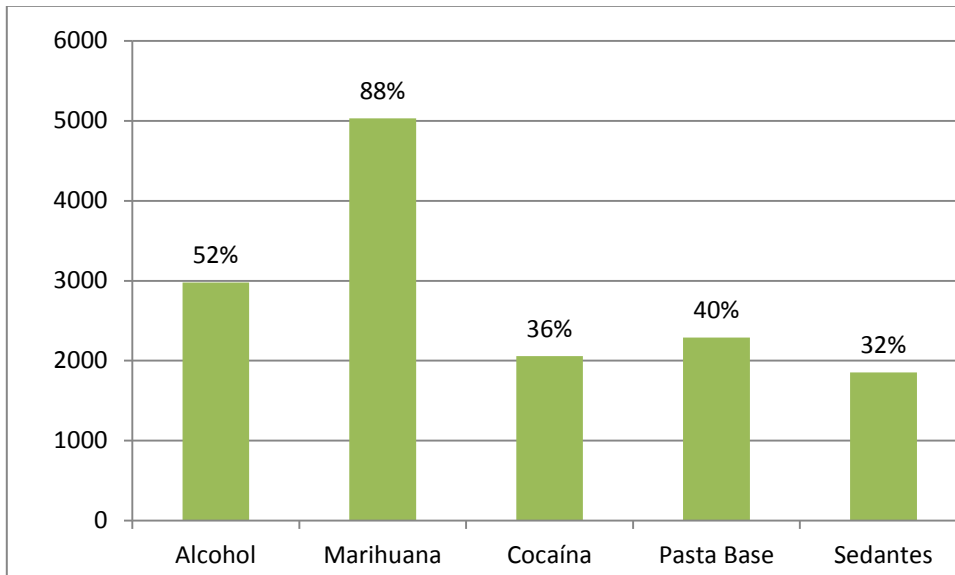
En cuanto a los sedantes, la media se ubica a los 13 años y la mediana a los 14.

Tabla 20: Promedio de edad de Inicio de la Sustancia Inicial

Sustancia de Inicio	Mediana	Promedio	N
Alcohol	13,0	12,4	1.097
Anfetaminas	13,0	11,9	7
Cocaína	13,0	12,7	56
Inhalables	11,0	10,2	55
Marihuana	12,0	11,9	4.217
Otros	11,0	11,1	32
Estimulantes	12,0	11,6	26
Pasta	12,0	12,1	146
Sedantes	12,0	12,0	55
Total	12,0	12,0	5.710

Las edades de inicio del consumo (de la sustancia inicial) más tempranas, fueron en promedio 10 y 11 años para inhalables y estimulantes respectivamente.

Figura 7: Distribución de Nº Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso



La siguiente figura grafica el porcentaje de personas que presenta consumo problemático para las distintas sustancias, para ello se consideraron las tres primeras sustancias registradas para cada persona, es decir la sustancia principal, la sustancia secundaria y la terciaria.

Según el gráfico se observa que 9 de cada 10 usuarios presenta consumo problemático de marihuana, y 5 de cada 10 de alcohol, mientras que para pasta base el 40% registró consumo problemático

Tabla 21: Distribución de Nº Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por Región

Región	Alcohol		Cocaína		Marihuana		Pasta Base		Sedantes		Otros		Total general	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arica Y Parinacota	7	5	5	4	62	45	57	42	6	4		0	137	100
Tarapacá	2	1	78	35	69	31	50	22	25	11		0	224	100
Antofagasta	9	3	22	8	155	54	75	26	26	9	1	0	288	100
Atacama	14	7	8	4	83	43	71	36	19	10		0	195	100
Coquimbo	16	9	5	3	105	61	39	23	6	4		0	171	100
Valparaíso	12	3	34	9	94	25	180	47	57	15	3	1	380	100
Metropolitana	58	3	254	12	722	35	610	30	383	19	22	1	2.049	100
O´Higgins	43	12	29	8	129	37	135	39	8	2	3	1	347	100
Maule	58	18	16	5	136	42	88	27	8	2	16	5	322	100
Biobío	54	9	23	4	125	20	345	55	71	11	7	1	625	100
La Araucanía	69	21	23	7	209	62	23	7	3	1	8	2	335	100
Los Ríos	81	40	5	2	65	32	40	20	3	1	10	5	204	100
Los Lagos	101	37	19	7	99	37	12	4	13	5	26	10	270	100
Aysén	51	91	1	2	3	5		0		0	1	2	56	100
Magallanes	67	63		0	28	26		0		0	12	11	107	100
Total	642	11	522	9	2.084	36	1725	30	628	11	109	2	5.710	100

La sustancia principal varía significativamente respecto de la región en la cual se encuentra el centro de tratamiento. Así, la marihuana resulta ser la principal droga consumida en la población atendida en las regiones de Arica, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Metropolitana, Maule y Araucanía. El uso de alcohol como droga principal predomina en las regiones más australes del país, a saber, de Los Ríos con 40%, Los Lagos con 37%, Aysén 91% y Magallanes 63%. Finalmente el uso de pasta base de cocaína, es más prevalente en las regiones de Valparaíso, O´Higgins y Bío Bío.

Llama la atención el aumento del consumo problemático de sedantes en las regiones de Valparaíso con 15% y Metropolitana con 19% en relación al año anterior en el que el porcentaje correspondía a 9% y 8% respectivamente.

Tabla 22: Distribución de N° Personas según frecuencia de consumo y sexo

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 día	174	3,4	15	2,7	189	3,3
2-3 días	1.140	22,1	136	24,7	1.276	22,4
4-6 días	947	18,4	83	15,1	1.030	18,0
Menos de 1 semana	40	0,8	0	0,0	40	0,7
No consumió	71	1,4	8	1,5	79	1,4
Desconocida	58	1,1	4	0,7	62	1,1
Todos los días	2.729	52,9	305	55,4	3.034	53,1
Total	5.159	100	551	100	5.710	100

El 78% de las personas que ingresan a tratamiento tienen una frecuencia de consumo que oscila entre el consumo diario y dos a tres días por semana, siendo mayoritariamente el primero con un 53%, levemente superior para mujeres con un 55%.

Tabla 23: Porcentaje de Personas según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso por Sexo

Diagnóstico de Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo Perjudicial	1.031	50,5	121	52,8	1.152	50,7
Dependencia	1.012	49,5	108	47,2	1.120	47,2
Total	2.043	100	229	100	2.272	100

Es relevante señalar que al momento de elaboración de este informe, no todos los usuarios cuentan con Diagnóstico pues parte importante de los usuarios se estaba aún en proceso de evaluación diagnóstica por lo que el número total de personas diagnosticadas según CIE-10 o DSM-IV será diferente al de cobertura (5.711).

Así, el 51% de los usuarios diagnosticados, presentaban diagnóstico de Consumo Perjudicial según la clasificación de enfermedades de la OMS, al desagregarlo por sexo, ambos se distribuyen de manera similar.

Tabla 24: Distribución de N° de Personas según comorbilidad por Sexo

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico	16	0,8	2	0,9	18	0,8
Retraso Mental	37	1,8	1	0,4	38	1,7
Sin trastorno	680	33,8	60	26,6	740	33,1
Trastornos de la conducta alimentaria	3	0,2	1	0,4	4	0,2
Trastornos de la personalidad y del comportamiento	246	12,2	27	12,0	273	12,2
Trastornos de los hábitos y del control	107	5,3	11	4,9	118	5,3
Trastornos del Desarrollo Psicológico	29	1,4	3	1,3	32	1,4
Trastornos del comportamiento asociados	14	0,7	2	0,9	16	0,7
Trastornos del humor (afectivos).	140	7,0	36	15,9	176	7,9
Trastornos mentales orgánicos, incluido	15	0,8	4	1,8	19	0,9
Trastornos neuróticos, secundarios a si	67	3,3	6	2,7	73	3,3
Tr. del comportamiento y de las emociones	658	32,7	73	32,3	731	32,7
Total	2.012	100	226	100	2.238	100

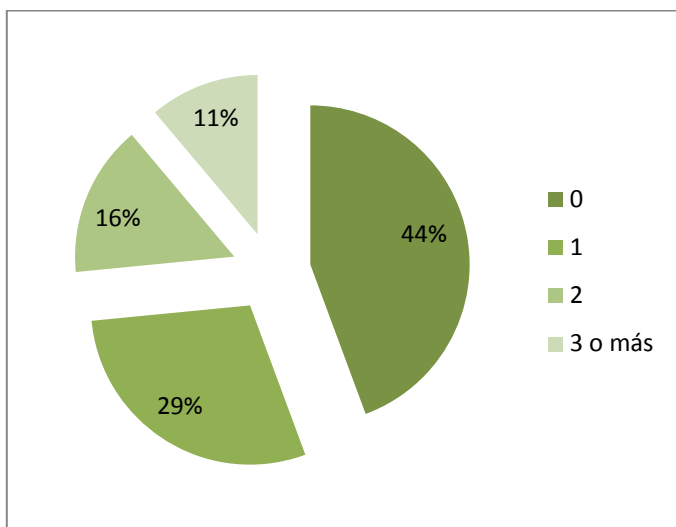
De las personas ingresadas a tratamiento el año 2015, el 67% presenta un problema psiquiátrico además del trastorno por consumo, siendo más alto en las mujeres (73%) que hombres (66%).

Tabla 25: Distribución de N° de Personas con trastorno según sexo

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico	16	1,2	2	1,2	18	1,2
Retraso Mental	37	2,8	1	0,6	38	2,5
Trastornos de la conducta alimentaria	3	0,2	1	0,6	4	0,3
Trastornos de la personalidad y del comportamiento	246	18,5	27	16,3	273	18,2
Trastornos de los hábitos y del control	107	8,0	11	6,6	118	7,9
Trastornos del Desarrollo Psicológico	29	2,2	3	1,8	32	2,1
Trastornos del comportamiento asociados	14	1,1	2	1,2	16	1,1
Trastornos del humor (afectivos).	140	10,5	36	21,7	176	11,8
Trastornos mentales orgánicos, incluido	15	1,1	4	2,4	19	1,3
Trastornos neuróticos, secundarios a si	67	5,0	6	3,6	73	4,9
Trs. del comportamiento y de las emociones	658	49,4	73	44,0	731	48,8
Total	1.332	100	166	100	1.498	100

De las personas diagnosticadas, los trastornos más prevalentes son Trastorno del Comportamiento y de las Emociones con 49% y Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento con 18%. Al desagregarlo por sexo, los Trastornos del humor fueron más frecuentes en mujeres 22% que en hombres 11%.

Figura 8: Porcentaje de tratamientos anteriores



El 56% de las personas que se atendieron en los centros en convenio el año 2015, habían recibido algún tratamiento anterior. Quienes recibieron tratamientos previos, recibieron en promedio un tratamiento.

Tabla 26: Distribución de N° de Personas por fecha de Tratamientos Anteriormente Recibidos

Fecha del último tratamiento	Personas atendidas	
	N	%
1 a 2 años	209	6,6
3 a 4 años	38	1,2
5 o más años	30	0,9
último 12 meses	433	13,7
último 6 meses	2.452	77,5
Total	3.162	100

Del total de personas con tratamiento anteriores, el 77% de ellos lo realizaron durante los últimos 6 meses.

Tabla 27: Distribución de N° de personas según origen de ingreso

Origen de ingreso	Personas Atendidas	
	N	%
Centro CIP SENAME	1.097	19,2
Centro CRC SENAME	525	9,2
Delegado programa colaborador de SENAME	1.911	33,5
Dupla evaluadora Fiscalía	298	5,2
Equipo de GENCHI	76	1,3
Otro	114	2
Otro centro de tratamiento en convenio	1.448	25,3
Otro centro de tratamiento sin convenio	51	0,9
Servicio Urgencia	4	0,1
Tribunal	139	2,4
Usuario	48	0,8
Total	5.711	100

Como muestra la tabla, el origen de ingreso a tratamiento más frecuente fue la derivación por parte de un Delegado de programa colaborador de Sename, con 33%; en segundo lugar se encuentra la derivación desde otro Centro de Tratamiento con el 25%; y en tercer lugar la derivación desde los dispositivos de CIP Sename con 19%.

Tabla 28: Distribución de N° de Personas por Origen de Ingreso y Plan

Origen	ML-PAI		ML-PR		ML-UHCE		MP-PAI		PAI-SJ		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro CIP SENAME	58	1,7	2	0,7	2	0,8	1.035	59,5	0	0,0	1.097	19,2
Centro CRC SENAME	56	1,7	0	0,0	0	0,0	467	26,8	2	2,1	525	9,2
Delegado programa colaborador de SENAME	1.852	55,5	54	19,5	0	0,0	5	0,3	0	0,0	1.911	33,5
Dupla evaluadora Fiscalía	284	8,5	0	0,0	1	0,4	13	0,8	0	0,0	298	5,2
Equipo de GENCHI	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	73	76,8	76	1,3
Otro	82	2,5	8	2,9	15	5,7	4	0,2	5	5,3	114	2,0
Otro centro de tratamiento en convenio	833	25,0	194	70,0	202	77,1	205	11,8	14	14,7	1.448	25,4
Otro centro de tratamiento sin convenio	31	0,9	8	2,9	10	3,8	2	0,1	0	0,0	51	0,9
Servicio Urgencia	0	0,0	0	0,0	4	1,5	0	0,0	0	0,0	4	0,1
Tribunal	102	3,1	8	2,9	28	10,7	1	0,1	0	0,0	139	2,4
Usuario	36	1,1	3	1,1	0	0,0	8	0,5	1	1,1	48	0,8
Total	3.337	100	277	100	262	100	1.740	100	95	100	5.711	100

Se observa en la tabla, que la principal vía de ingreso a los centros con planes ambulatorios en medio libre fue por derivación de Delegado programa colaborador de Sename, con el 56%. Para la modalidad residencial el origen más recurrentes es otro centro de tratamiento en convenio, al igual que para la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía. En el caso del plan ambulatorio intensivo en medio privativo, la principal vía de ingreso son los dispositivos de CIP y CRC (83%). Finalmente la principal vía de ingreso al plan ambulatorio intensivo en Secciones Juveniles, fue a la derivación de los equipos de Gendarmería de Chile con 77%.

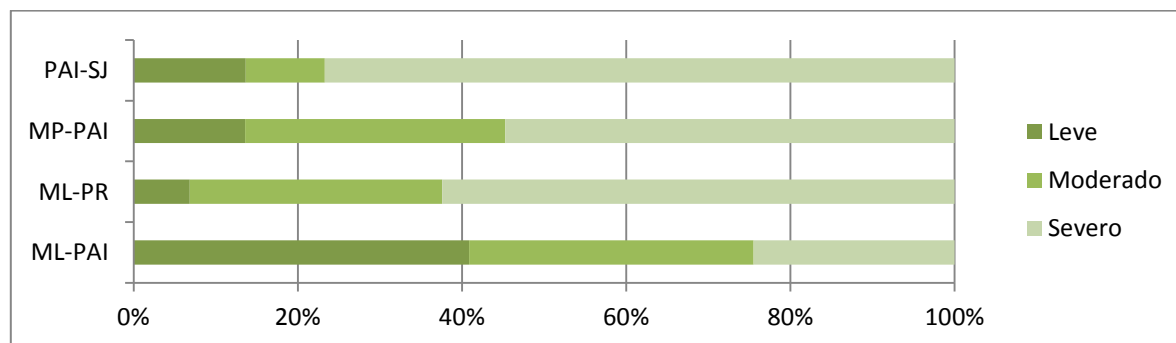
Tabla 29: Distribución de N° de Personas según Compromiso Biopsicosocial

Compromiso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Leve	101	4,9	10	4,3	111	4,8
Moderado	1.140	54,7	117	50,2	1.257	54,3
Severo	842	40,4	106	45,5	948	40,9
Total	2.083	100	233	100	2.316	100

El grado de Compromiso Biopsicosocial (CBPS) se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno. En relación a este diagnóstico el grado de Compromiso Biopsicosocial más frecuente en las personas al ingresar a tratamiento es Moderado (54%), le sigue el CBPS Severo con el 40% y Leve con el 5%.

Cuando este dato se desagrega por sexo, el CBPS severo es más frecuente en mujeres que en hombres; 46% y 40%, respectivamente.

Figura 9: Porcentaje de Personas según Compromiso Biopsicosocial por Tipo de Plan

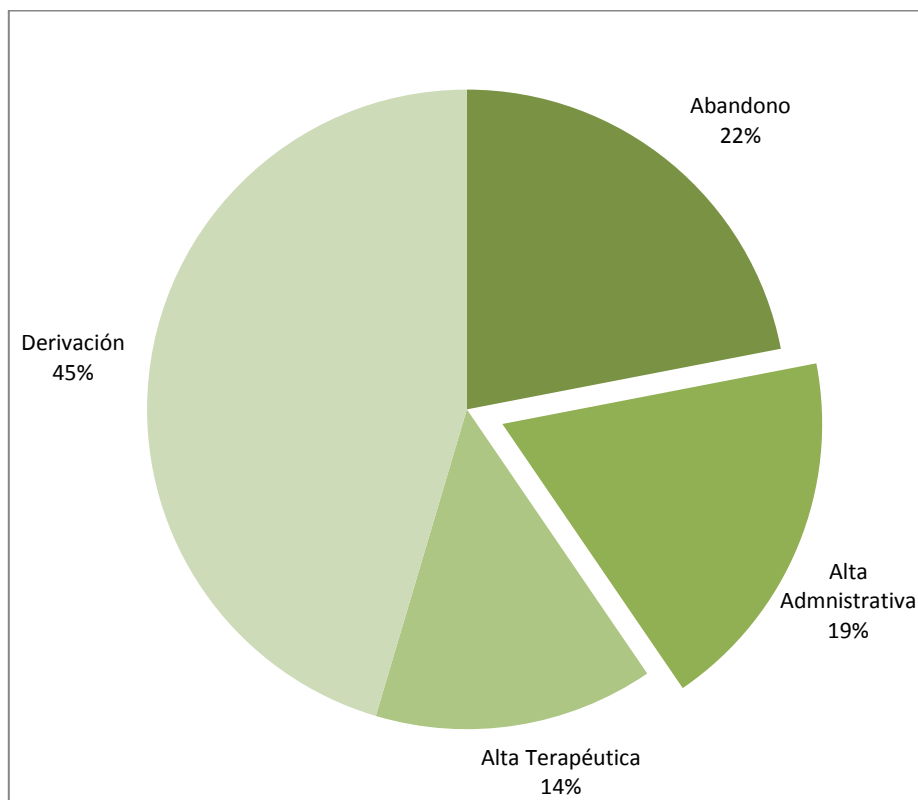


El plan que registra el mayor porcentaje de CBPS severo al ingreso, es el Plan Ambulatorio Intensivo ejecutado en Secciones Juveniles.

Motivo de Egreso

El número de personas que egresaron de los programas de tratamiento durante el período de enero a diciembre de 2015, es de un total de 3.410, que representa el 60% del total de personas atendidas.

Figura 10: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso



Se observa que la derivación a otro dispositivo de tratamiento es el principal motivo de egreso de las personas tratadas, con un 45%; seguida de alta administrativa, con 18% y abandono, en un 14% de los casos.

Tabla 30: Distribución de Personas por Motivo de Egreso según Sexo

Motivo de egreso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	658	21,3	91	28,8	749	22,0
Alta Administrativa	592	19,1	39	12,3	631	18,5
Alta Terapéutica	427	13,8	55	17,4	482	14,1
Derivación centro SIN convenio	139	4,5	16	5,1	155	4,6
Derivación centro en convenio	1.278	41,3	115	36,4	1.393	40,9
Total	3.094	100	316	100	3.410	100

La diferenciación por sexo muestra un mayor porcentaje de abandonos y altas terapéuticas en mujeres (29% y 17%) que en hombres (21% y 14%). En hombres, la derivación a otros centros en convenio (36%) y las altas administrativas (19%) fueron más recurrentes que en mujeres (36% y 12% respectivamente).

Tabla 31: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso según Rango de Edad

Motivo de egreso	<16		16-17		18-20		>20		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	113	20,3	361	22,2	229	22,0	46	25,1	749	22,0
Alta Administrativa	81	14,5	262	16,1	240	23,1	48	26,2	631	18,5
Alta Terapéutica	24	4,3	161	9,9	251	24,1	46	25,1	482	14,1
Derivación centro SIN convenio	30	5,4	62	3,8	49	4,7	14	7,7	155	4,6
Derivación centro en convenio	310	55,6	783	48,1	271	26,1	29	15,9	1.393	40,9
Total	558	100	1.629	100	1.040	100	183	100	3.410	100

En la tabla superior se aprecia que a medida que aumenta el rango de edad de las personas, mejora el porcentaje de egresos por alta terapéutica alcanzando un 25% en personas de 20 años o más. De forma llamativa este mismo grupo presenta también el mayor porcentaje de altas administrativas y abandonos, con 26 y 25% respectivamente.

Se observa un aumento importante de un en las altas terapéuticas al cumplir la mayoría de edad y un porcentaje bajo de los egresos por derivación en relación a los menores de edad. Más de la mitad de las personas menores de 18 años se encuentra en proceso de tratamiento transitando entre los dispositivos en convenio y sin convenio con Senda.

Tabla 32: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso según Tipo de Plan

Motivo de egreso	ML-PAI		ML-PR		ML-UHCE		MP-PAI		PAI-SJ		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	558	32,0	46	23,1	28	11,7	116	9,8	1	2,7	749	22,0
Alta Administrativa	300	17,2	27	13,6	13	5,4	275	23,2	16	43,2	631	18,5
Alta Terapéutica	387	22,2	19	9,6	0	0,0	69	5,8	7	18,9	482	14,1
Derivación centro SIN convenio	87	5,0	4	2,0	27	11,3	35	3,0	2	5,4	155	4,6
Derivación centro en convenio	414	23,7	103	51,8	172	71,7	693	58,3	11	29,7	1.393	40,9
Total	1.746	100	199	100	240	100	1.188	100	37	100	3.410	100

Es importante señalar que no se espera alta terapéutica como motivo de egreso para las unidades de Hospitalización de Cortas Estadías ya que uno de sus principales objetivos es brindar una respuesta oportuna y resolutive para la estabilización y compensación

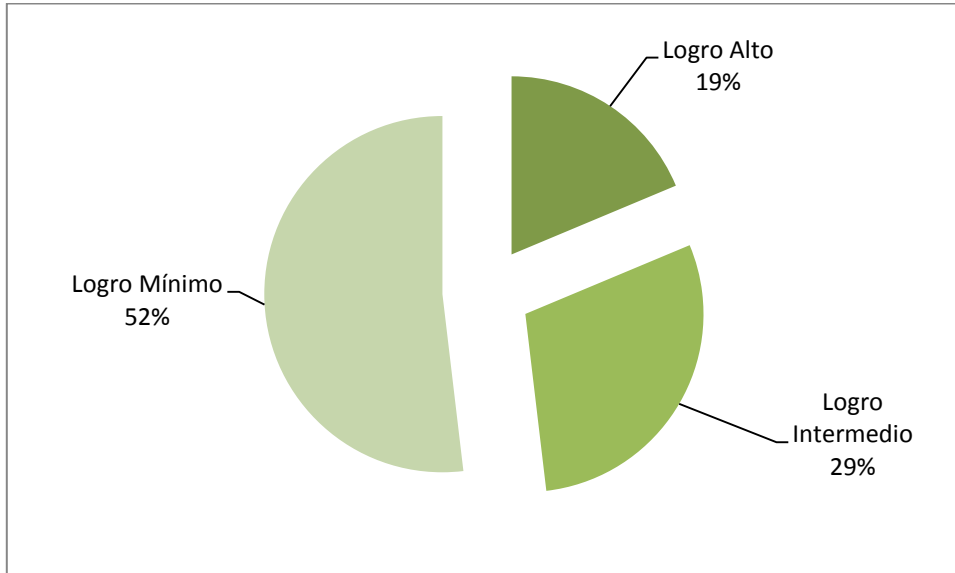
psiquiátrica en los casos de riesgo vital, para que los mismos continúen luego con el proceso de tratamiento en dispositivos ambulatorios o residenciales.

Respecto al total de personas que egresaron, se observa que el plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre es el que registró porcentualmente la mayor cantidad de Altas Terapéuticas, con 22%, mientras que los Ambulatorios Intensivos ejecutados en Secciones Juveniles y los Planes Residenciales alcanzaron el 19% y 10% respectivamente. En relación a los abandonos, la mayor frecuencia se registró en el Plan Ambulatorio Intensivo ejecutado en Medio Libre con el 32%. El porcentaje de egresos por Alta Administrativa fue mayor en Planes Ambulatorios Intensivos ejecutados en el medio privativo de libertad (PAI MP y PAI SJ), con un 66% del total.

Logro Terapéutico al Egreso de Tratamiento

En adelante los gráficos y tablas muestran los logros terapéuticos alcanzados por las personas al momento de egresar de tratamiento, esta evaluación corresponde a la apreciación que hace el equipo o profesional tratante, acerca del grado de logros obtenidos en relación a los objetivos planteados para la persona consultante al ingreso del tratamiento. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronostica del equipo tratante.

Figura 11: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso



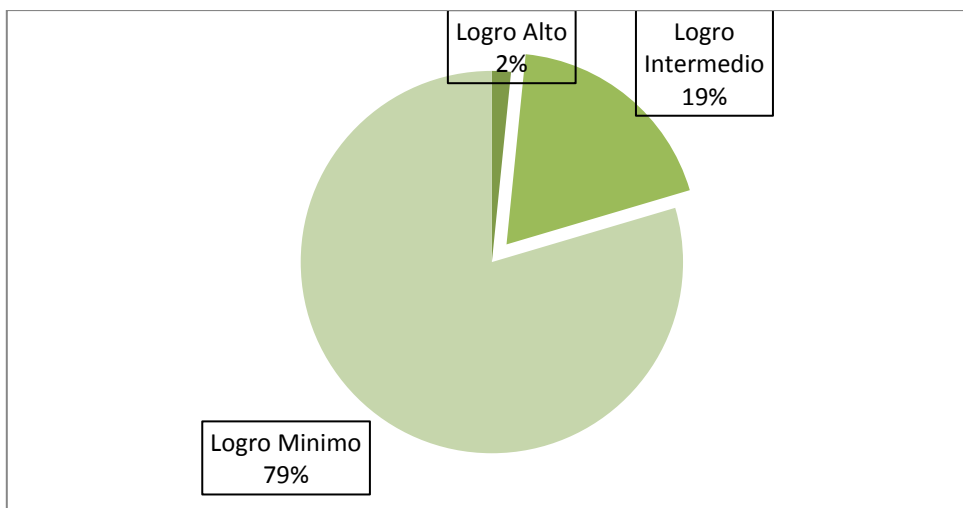
Se observa que del total de personas que egresaron de tratamiento el año 2015, el 48% alcanzó resultados terapéuticos de logro intermedio a alto, no encontrándose diferencia significativa entre ambos sexos.

Tabla 33: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Sexo

Logros	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	316	18,8	32	17,3	348	18,7
Logro Intermedio	490	29,2	58	31,4	548	29,4
Logro Mínimo	871	51,9	95	51,35	966	51,9
Total	1.677	100	185	100	1.862	100

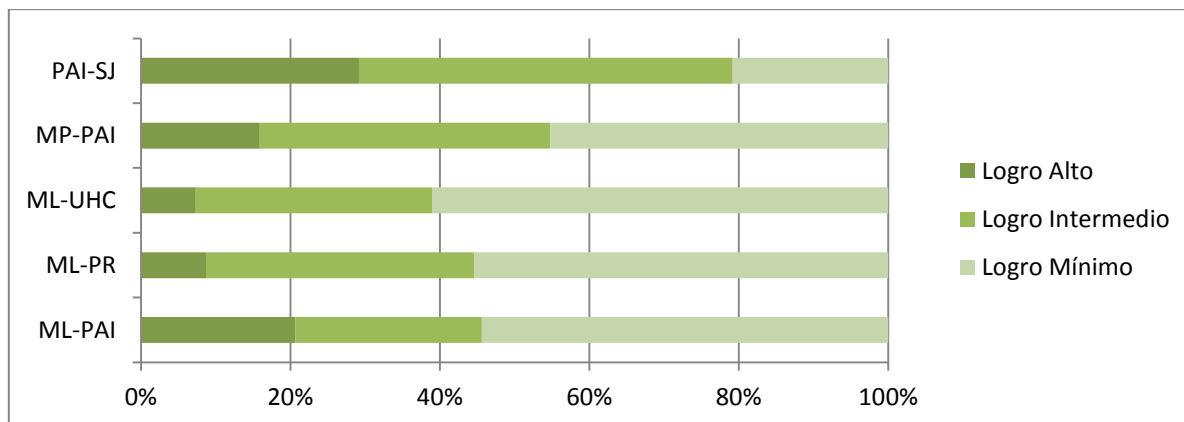
En la siguiente figura se muestra el nivel de logro terapéutico medido al egresar por Abandono, donde se observa que el 21% del total de personas que abandonaron, a pesar de no terminar su tratamiento, logró resultados terapéuticos de intermedio a alto.

Figura 12: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso por Abandono



El nivel de logro terapéutico por tipo de plan, es mayor en los dispositivos ambulatorios intensivos ejecutados en secciones juveniles con 30% de logros altos, y 50% de logros intermedios. Le siguen los planes ambulatorios intensivos en medio libre y privativo, con 21% y 16% de logro terapéutico alto.

Figura 13: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Tipo de Plan



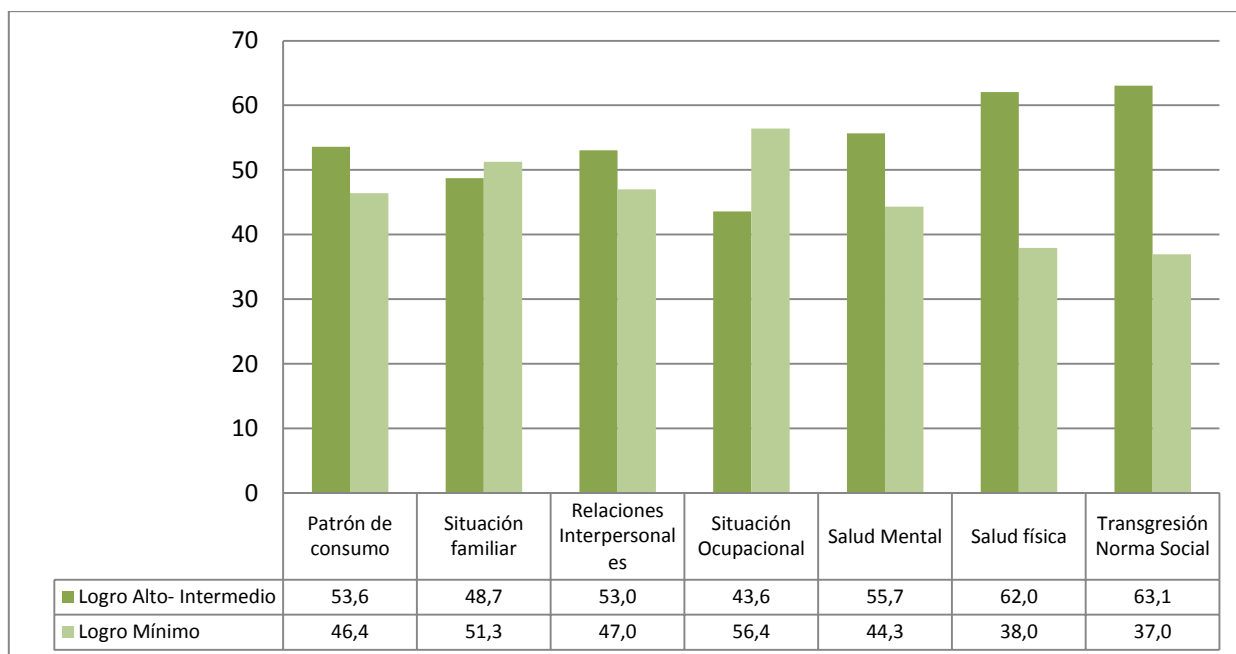
Para la evaluación del logro terapéutico se consideran los cambios que experimenta la persona desde que ingresa a tratamiento, hasta el momento del egreso del programa en las siguientes siete áreas o dimensiones:

Patrón de consumo: el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.

- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto, o asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** De la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos.
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por DSM- 4 o CIE- 10.
- **Estado de salud física:** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud física diagnosticado por CIE.

Para el siguiente gráfico se categorizó la variable logro terapéutico en dos, “Logro Alto-Intermedio” y “Logro Mínimo” y se distribuyeron por cada una de las dimensiones.

Figura 14: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Dimensión



Cinco de las siete dimensiones evaluadas, superan el 50% de logros en los cambios favorables obtenidos, siendo las dimensiones salud física y trasgresión a la norma las que registran valores más altos, con un 63% y 62% respectivamente. Mientras que las dimensiones con menor logro terapéutico son situación ocupacional con un 44% y relaciones familiares con un 49%.

Tabla 34: Distribución de Personas según Tiempo de Permanencia al Egreso

Permanencia	ML-PAI		ML-PR		ML-UHG		MP-PAI		PAI-SJ		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 3 meses	344	19,7	102	51,3	232	96,7	549	46,2	3	8,1	1.230	36,1
> 3 meses	1.401	80,3	97	48,7	8	3,3	639	53,8	34	91,9	2.179	63,9
Total	1.745	100	199	100	240	100	1.188	100	37	100	3.409	100

En relación al tiempo de permanencia en tratamiento, el 64% de las personas egresadas el año 2015, 3 meses o más en tratamiento.

Tabla 35: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento según Motivo de Egreso

Tipo de Plan	Mediana	Promedio	N
Abandono	4,7	6,3	748
Alta Administrativa	4,5	6,9	631
Alta Terapéutica	16,3	18,1	482
Derivación	2,8	4,4	1.548

El promedio de meses de tratamiento en el que se logró altas terapéuticas fue a los 18 meses, es decir al habiendo estado un año y medio en el programa de tratamiento. El sexto mes parece ser un momento clave para el trabajo de la motivación y fomento de la adherencia y vinculación al programa terapéutico ya que es en ese periodo en el que se produce mayor cantidad de abandonos y altas administrativas.

Tabla 36: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento por Tipo de Plan

Tipo de Plan	Mediana	Promedio	N
ML-PAI	6,9	9,8	1.745
ML-PR	2,9	4,6	199
ML-UHC	0,9	1,1	240
MP-PAI	3,2	4,9	1.188
PAI-SJ	9,5	11,4	37

Al desagregar por tipo de plan de tratamiento, se observa que los planes Ambulatorios Intensivos en Secciones Juveniles y en Medio Libre concentran los mayores tiempos de permanencia con promedios de 12 y 10 meses respectivamente. En tanto los planes residenciales y ambulatorios en medio libre promedian 5 meses cada uno.

Tabla 37: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento en Egresos por Alta Terapéutica según Tipo de Plan

Tipo de Plan	Mediana	Promedio	N
ML-PAI	17,0	19,5	387
ML-PR	4,5	6,2	19
MP-PAI	11,2	13,6	69
PAI-SJ	20,3	21,4	7

Tabla 38: Promedio Tiempo de Permanencia y Logro Terapéutico

Tipo de Plan	Mediana	Promedio	N
Logro Alto	15,2	17,4	348
Logro Intermedio	8,5	11,2	548
Logro Mínimo	4,1	5,8	965

De las tablas 38 y 39 es se desprende que a mayor tiempo de permanencia, mayor fue el logro terapéutico obtenido por las personas usuarias.

III. CONTEXTO Y ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Desde el año 2007, al entrar en vigencia la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente, se implementa el **Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol - Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental**, de modo de hacer posible lo planteado en la Ley, es decir, que los adolescentes y jóvenes que lo requieran, ya sea por aplicación de la sanción accesoria de tratamiento, porque voluntariamente lo solicitan o porque se he decretado como suspensión condicional del procedimiento la condición de ingresar a tratamiento, accedan a un programa especializado de tratamiento. Este programa fue desarrollado por CONACE (actual SENDA) y Ministerio de Salud (MINSAL), con la asesoría técnica del Servicio Nacional de Menores (SENAME), basándose en el Programa de Tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas (el que también fue utilizado como base para el GES adolescente) y en la experiencia de SENAME en proyectos de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de drogas.

El principal objetivo de este Programa es facilitar el acceso, oportunidad, cobertura y calidad del tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas de los adolescentes y jóvenes que correspondan.

Durante los años de implementación del Programa se han desarrollado diferentes ámbitos de acción:

1. **Elaboración de documentos:**

Norma Técnica N° 85, Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, elaborada por MINSAL, SENAME y CONACE con la colaboración de otros expertos y firmada por la Ministra de Salud el año 2005;

Orientaciones Técnicas, Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, elaborada por MINSAL, SENAME y CONACE con la colaboración de otros expertos y publicada el año 2007.

2. Implementación del sistema de **Evaluación Clínica Diagnóstica** en drogas: inicialmente se instaló en los centros indicados por los servicios de salud, sin embargo, a partir del año 2009 las Fiscalías de la Región Metropolitana contratan equipos psicosociales y horas de psiquiatría para que realicen esta función.
3. **Capacitaciones:** debido a que la Ley 20.084 es un ley especializada, el componente de capacitación y actualización ha sido fundamental, y ha abarcado diferentes actores, desde profesionales y técnicos de los equipos de tratamiento, hasta representantes del ámbito judicial y otros actores estratégicos.

4. **Sistema de Asesoría:** desde el inicio del Programa se ha realizado asesoría técnica a los centros de tratamiento, tanto desde las direcciones regionales de SENDA, asesores externos especializados. Éste es parte de la Gestión de Calidad y es entendido como un proceso de acompañamiento a los equipos de los programas de tratamiento, por parte del equipo asesor, es decir Gestor de Calidad de SENDA y representante del Servicio de Salud respectivo.

Esta instancia se constituye en un apoyo para el continuo desarrollo y crecimiento del programa, lo que se traduce en una alta participación de los profesionales en dicho espacio y receptividad frente a sugerencias técnicas.

5. **Sistema de Evaluación:** desde el año 2012 se implementa una evaluación a los centros del Programa, realizada por un representante de la Secretaría Regional Ministerial de Salud y el Gestor de Tratamiento. En este proceso se evalúa en los centros el nivel de cumplimiento de estándares específicos, referidos a seis ámbitos: recursos humanos, trabajo en red, aspectos técnicos, sistemas de información, infraestructura y derechos y satisfacción usuaria. Al igual que el punto anterior, el desarrollo de un sistema de evaluación está orientado al mejoramiento continuo de la calidad del tratamiento realizado.
6. **Sistema de Información y Gestión de Tratamiento – SISTRAT:** de manera de facilitar la sistematización y el seguimiento a la gestión de tratamiento a distinto nivel, tanto a nivel de los centros como a nivel nacional, desde el año 2010 los centros utilizan el SISTRAT, En el que incorporan la información de cada uno de los usuarios y usuarias de tratamiento y cada una de las prestaciones que se realizan en su proceso terapéutico.
7. **Red Asistencial de Centros de Tratamiento:** previo a la entrada en vigencia de la Ley no existían centros de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas para esta población, por lo que el gran desafío inicial del Programa fue generar la oferta requerida. Las gestiones se desarrollaron de manera que, al entrar en vigencia la Ley (8 de junio del 2007), se encontraban instalados 95 centros en todo el país.
8. **Intersectorialidad:** Desde el inicio del Programa, éste ha sido un aspecto fundamental, por lo que se implementa a través de un convenio, originalmente el año 2007 entre CONACE (actual SENDA), FONASA, MINSAL y SENAME, en donde el año 2011 se resta FONASA, y sumándose el año 2012 Gendarmería de Chile (GENCHI). Lo anterior, se traduce en una instancia de coordinación técnica nacional (Mesa Nacional), en la que participan todas las instituciones firmantes, instalada desde el año 2007, con una frecuencia de reunión semanal, orientada principalmente a gestionar y realizar seguimiento a la implementación del Programa, junto con establecer los lineamientos de desarrollo del mismo. Esta instancia se replica en cada región con similares características, a través de Mesas Regionales. Éstas se constituyen en agentes activos en la aplicación y seguimiento de los convenios, abordando principalmente aspectos técnicos, administrativos y

operacionales. Para ello es fundamental que exista un trabajo intersectorial coordinado, integral, que posibilite la construcción de planes de acción conjuntos a corto, mediano y largo plazo, la identificación y priorización de problemas, resolución de nudos críticos y levantamiento de buenas prácticas locales.

En este marco, se solicitó a los representantes regionales de SENDA, Servicios de Salud, Seremis de Salud, SENAME y GENCHI una evaluación de los aciertos y dificultades en el marco del programa durante el año 2015. La sistematización de ellos permite dar cuenta de una diversidad en relación al desarrollo del Programa a lo largo del país, que conlleva el desafío de un acompañamiento que reconozca estas diferencias. De lo planteado por las regiones, así como de la evaluación que es posible realizar desde la Mesa Nacional, es importante relevar los siguientes aspectos:

En relación a las coordinaciones:

La mayor parte de las regiones ha implementado de manera regular, estable y continua las reuniones de las mesas Regionales del Convenio. Éstas son visualizadas por la mayoría como una instancia que aporta a la gestión, que permite resolver nudos críticos. La incorporación de estas instancias en el convenio de colaboración técnica también es considerado por parte de algunas regiones como un aporte a la coordinación, en cuanto le da formalidad. Existen aún regiones en las cuales la Mesa Regional es un espacio instalado, sin embargo la participación de todas las contrapartes institucionales es aún irregular, en éstas, se constituye en un desafío la instalación permanente y con todos los actores. Así mismo, se plantea para el año 2016 el desafío de articular más fuertemente el trabajo de las Mesas Regionales con la Mesa Nacional.

Por otro lado, regiones reconocen avances en la coordinación entre los equipos de tratamiento con los equipos que ejecutan sanción, no obstante hay regiones donde esto aún se ha visto dificultado; constituye aún un desafío la consolidación de estas coordinaciones y especialmente el avanzar a una real intervención integrada.

Se establece como una necesidad avanzar en las coordinaciones intersectoriales con otras instancias: protección de derechos, Programa 24 Hrs. red sanitaria, tanto a nivel primario como de especificidad y otros servicios.

Durante el año 2015, la Mesa Técnica Nacional mantuvo un funcionamiento muy regular, con reuniones semanales de coordinación y análisis de la gestión e implementación del Programa, con una comunicación fluida entre las instituciones. Lo anterior, permitió responder de manera concertada y simultáneamente a las consultas planteadas por las mesas regionales, factor que disminuyó la posibilidad de errores en la comunicación e interpretación a nivel operativo.

Un aspecto relevante durante el año 2015 de la Mesa Nacional dice relación con la conformación de un conversatorio jurídico, que convoca a abogados/as representantes de SENDA, MINSAL y SENAME, que ha permitido instalar la discusión respecto de la

capacidad de decidir sobre aspectos de su salud en adolescentes entre 14 y 18 años, considerando el marco normativo nacional e internacional, así como los aspectos éticos necesarios de visualizar.

Red de centros de Tratamiento

Durante al año 2015, la red estuvo compuesta por 106 centros (incluye los programas ambulatorios intensivos, tanto en medio libre como medio privativo, los programas residenciales, los programas en secciones juveniles y las unidades de hospitalización de corta estadía, tanto en medio libre como medio privativo) . Si bien se cuenta con una oferta especializada a nivel país, aún existen brechas en la atención, principalmente en lo que se refiere a modalidad residencial y de hospitalización de corta estadía.

Un desafío permanente lo constituye la continuidad de la atención cuando una persona es derivada de un centro a otro. Las coordinaciones permanentes son una oportunidad para ello, se requiere para lo anterior la generación de protocolos y documentos para referencia y contra referencia, todo lo cual fue desarrollado por varias regiones en el país durante el año 2015. Existe aún la necesidad de mayor conocimiento de lo que cada uno de los programas realiza para facilitar la coordinación entre los distintos programas.

Cabe señalar además que durante el año 2015, la cobertura de los centros de tratamiento correspondió a un 99%. No obstante, existen aún centros en que la cobertura no es completa, lo que obedece por un lado, a la disminución de la población en algunos recintos, principalmente secciones juveniles y CRC, y por otro, a la necesidad de una mayor coordinación para favorecer la derivación, acordando criterios comunes que puedan responder a la complejidad del perfil.

Respecto a los tipos de entidades que ejecutaron el programa durante el año 2015, cabe señalar que el 78% corresponden a prestadores privados y un 22% a centros públicos.

Un nudo en la intervención también planteado en un número importante de regiones dice relación por un lado, con la falta de especialistas psiquiatras infanto-juveniles y por otro, con la rotación de profesionales en algunos centros de tratamiento, lo que dificulta en ocasiones la instalación de una oferta especializada.

Finalmente, un desafío permanente para el Programa lo ha constituido el diseño de la intervención en las Secciones Juveniles de los centros penitenciarios. La población en éstas ha disminuido significativamente los últimos años, lo que ha implicado generar distintas estrategias para abordar el consumo de drogas en articulación con los quipos licitados por GENCHI para la intervención psicosocial en éstas. Las modificaciones en las estrategias han generado confusiones en algunas regiones, con poca claridad respecto a las modificaciones que se han ido generando.

Sistema de Asesoría

En relación a este proceso, se reconoce como una buena práctica el acompañamiento continuo de asesorías a los centros de tratamiento. El abordaje de temáticas específicas ha sido un aporte para los equipos. Ha habido importantes avances en algunos centros en la calidad técnica de sus intervenciones, sin embargo, aun el desarrollo técnico de estos es disímil.

Se reconoce en algunas regiones lo enriquecedor de la realización de las asesorías conjuntas Gestor de Calidad de SENDA – representante del Servicio de Salud respectivo. La rotación de algunos profesionales durante el año y las dificultades en ocasiones para coordinar las visitas conjuntas se constituyó en un obstaculizador durante el año 2015 en ciertos territorios, lo que se implica un desafío para el presente año.

Evaluación de los Centros de Tratamiento

En relación a este proceso, a Diciembre de 2015 se evaluaron el 100% de los centros de acuerdo a lo establecido en el documento Gestión de la Calidad. Este procesos es visto como un aporte al a la gestión de los centros, el cual ha impactado positivamente en el mejoramiento de la intervención de éstos.

Sistema de Monitoreo de Resultados

Durante el año 2015 se incorpora como arte de la Gestión de la Calidad el Sistema de Monitoreo de Resultados, que incluye la evaluación semestral de variables asociadas a Acceso a Servicios (Tiempos de Espera), Retención de Usuarios, Motivos de Egreso y Logro Terapéutico. Este sistema es visto también como un aporte al desarrollo técnico de los centros.

Capacitaciones y Jornadas

El esfuerzo por el mejoramiento de la calidad de la intervención ha sido una prioridad en este Programa. En este sentido, las jornadas y capacitaciones son un gran aporte para los técnicos y profesionales de los equipos.

El año 2015, se realizaron, gestionadas por el nivel nacional, las siguientes, donde participaron equipos específicos de este Programa:

- Jornada Cortas Estadías; durante el mes de noviembre del año 2015, se convocó la participación de representantes de UHCE de las regiones de Biobío (Coronel), Los Ríos (Valdivia), Región Metropolitana (Tiltil) y Tarapacá (Iquique), así como

representantes de Servicios de Salud y de la Mesa Nacional de Tratamiento. Esta jornada tuvo por objetivo Revisar los avances en la construcción del modelo de gestión de estas unidades e insumar al nivel nacional para el mejoramiento de la atención en estos dispositivos y su inserción en la red.

- Jornada de Capacitación Jefes Técnicos SENAME; se realizó durante el mes de Octubre del año 2015, y contó con la participación de profesionales supervisores de Justicia Juvenil, Jefes Técnicos de Programas de Libertad Asistida, Directores Técnicos y representantes de la Mesa Nacional de Convenio. Esta actividad tuvo por objetivo capacitar a profesionales Jefes Técnicos PLE, Supervisores Unidad Justicia Juvenil Directores/as Técnicos y otros profesionales SENAME en la pesquisa y derivación oportuna de adolescentes y jóvenes que presenten consumo problemático o de riesgo de alcohol y otras drogas.
- Jornada de Capacitación para técnicos y profesionales de Programas de Tratamiento para Adolescentes ingresados por ley 20.084 modalidad ambulatoria y residencial; esta actividad se desarrolló durante el mes de Julio de 2015, y tuvo por objetivo generar un espacio capacitación y aprendizaje para técnicos y profesionales que ejecutan planes de tratamiento para adolescentes ingresados por ley 20.084, en centros residenciales y ambulatorios respecto de estrategias de intervención con adolescentes que participan en programas de tratamiento residencial. Respecto de lo anterior, se espera promover la reflexión, el desarrollo de opiniones y líneas de trabajo que aporten al rediseño de un modelo de intervención residencial considerando la importancia del trabajo complementario entre las modalidades de intervención ambulatoria y residencial.
- Jornada de Capacitación a profesionales de Equipos ECD; esta se realizó durante el mes de Agosto de 2015. Esta actividad tuvo por objetivo capacitar a profesionales en el uso de la herramienta de la Entrevista Motivacional. Participaron profesionales integrantes de equipos ECD, Abogados Asesores Regionales, Profesionales de TTD, Unidad RPA de la Fiscalía Nacional.
- Curso de Actualización y Profundización de conocimientos y entrenamiento práctico en habilidades y destrezas terapéuticas para Técnicos en Rehabilitación, técnicos paramédicos, auxiliares de párvulo, educadores y otros técnicos de los centros de tratamiento para población población infanto adolescente y población adolescente y joven ingresada por ley 20.084. Durante el año 2015, se realizó la fase e learnig de este curso, en el que participaron 101 técnicos que se desempeñan en programas de tratamiento con esta población.
- Curso de Actualización y Profundización de conocimientos y entrenamiento práctico en habilidades y destrezas terapéuticas para Profesionales de los centros de tratamiento para población infanto adolescente y población adolescente

y joven ingresada por Ley 20.084. Durante el año 2015, se realizó la fase de aprendizaje de este curso, en el que participaron profesionales que se desempeñan en programas de tratamiento con esta población.

- Curso Desarrollo de Capacidades de Evaluación para los Equipos Profesionales que trabajan en el Sistema Integrado de Tratamiento de Personas que presentan Consumo Problemático de Drogas y Alcohol de los Programas de Tratamiento Adolescentes. Durante el transcurso del año 2015, se convocó la participación de técnicos y profesionales de 25 centros de tratamiento, el que tuvo por objetivo instalar y/o fortalecer las competencias de evaluación en los profesionales de los centros de tratamientos con convenios con SENDA, contribuyendo a la integración de una cultura de evaluación y mejorando la calidad de los servicios del sistema de tratamiento el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol.
- Jornada de trabajo para la generación de protocolos en la coordinación intersectorial con Jefes Técnicos de Secciones Juveniles, Funcionarios de Secciones Juveniles, representantes de GENCHI regionales y representantes de SENDA Regionales.

Así mismo, todas las regiones realizan a lo menos un curso de profundización para los equipos que ejecutan programas de tratamiento. Siempre en sintonía con el Nivel Nacional y respondiendo a las necesidades específicas de desarrollo técnico - clínico de cada región, se abordaron temáticas vinculadas principalmente a intervención familiar y a la elaboración de planes individualizados de tratamiento. Se sugería además potenciar una jornada de análisis de los Sistemas de Registro y de información que casi la totalidad de las regiones se realiza. En total fueron 15 capacitaciones con una duración de 16 horas cada una. A su vez se realizaron 3 Macro zonales que comprenden un Macro zona Norte (Arica – Tarapacá- Antofagasta y Atacama), un Macro zona Centro (Coquimbo- Valparaíso- Región Metropolitana – O'Higgins - Maule) y Macro zona Sur (Biobío- Araucanía- Los Ríos- Los Lagos - Aysén y Magallanes) con el objetivo de desarrollo de redes y macro redes en tratamiento.

Integración

Bajo la comprensión de la complejidad de procesos que se asocian a la recuperación de los adolescentes y jóvenes que han visto afectadas sus vidas debido al consumo problemático de drogas, durante el año 2015 se implementó un estudio que permitirá el diseño de una herramienta de evaluación de necesidades de integración social y de un programa de integración social de adolescentes y jóvenes.