



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

Factores de Riesgo Concomitantes en la Niñez de Adolescentes con Adicción a Drogas

Alumno: Vicente González Ulloa

Profesor Guía: Jeanette Hernández Briceño

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO
EN TRABAJO SOCIAL**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ASISTENTE SOCIAL

Abril de 2014

A mi familia por el apoyo incondicional de siempre y en especial en este proceso, donde necesité su soporte y comprensión. A quienes tuvieron que soportar mi compañía en ocasiones sin mucho espacio a la voluntad. En especial para ti Noemí infinitas gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
Planteamiento del Problema.....	9
Preguntas de Investigación.....	11
Objetivos.....	11
Hipótesis.....	12
Estrategia Metodológica.....	12
Variables.....	15
PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO.....	16
CAPÍTULO I: LA FAMILIA, PROTECCIÓN Y RIESGO.....	17
1. Caracterización de la Familia	19
2. Ciclo Vital de la Familia.....	21
3. Familia Multi problemática.....	24
4. Factores de Riesgo.....	30
CAPÍTULO II: LA DROGA COMO PROBLEMA MUNDIAL.....	33
1. Caracterización de la Droga en el Mundo.....	34
2. Paradigmas Frente a la Intervención.....	40
3. La Vulnerabilidad y el Riesgo.....	41
4. Prevalencia de Drogas en el Mundo.....	44
5. Políticas Mundiales sobre Drogas.....	47
SEGUNDA PARTE MARCO REFERENCIAL.....	49
CAPÍTULO III: CARACTERIZACIÓN DEL FENÓMENO DROGAS.....	50
1. Consumo de Drogas a Nivel Nacional.....	50
2. Ley de Drogas.....	53
3. Antecedentes de la Comuna La Granja.....	55
4. Características de la Población a Nivel Comunal.....	57
5. Antecedentes Institucionales.....	58
6. Perfil del Usuario.....	60

7. Antecedentes de Consumo de Drogas en la Comuna de La Granja.....	62
TERCERA PARTE ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	65
CAPÍTULO IV: CARACTERIZACIÓN USUARIOS CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE DROGAS.....	66
1. Antecedentes Individuales.....	66
2. Antecedentes Familiares.....	72
3. Antecedentes Sociales.....	85
CAPÍTULO V: PERCEPCIÓN PROFESIONAL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA DE ADOLESCENTES CON CONSUMO DE DROGAS.....	95
1. Influencia de Factores de Riesgo en la Infancia en el Consumo Adolescentes.....	95
2. Valoración de los Factores de Riesgo en la Infancia de Consumo Adolescente.....	100
CONCLUSIONES.....	123
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	138
APORTE DEL TRABAJO SOCIAL.....	141
BIBLIOGRAFIA.....	145
Fuentes Electrónicas.....	148
ANEXOS.....	153
Operacionalización de Variables.....	153
Instrumentos Utilizados.....	165
Consentimiento Informado.....	178

INTRODUCCION

Chile se presenta como el país con mayor prevalencia de consumo tanto de THC como de alcohol y segundo de clorhidrato de cocaína a nivel sudamericano. Chile presenta una prevalencia en el consumo de THC de 7,1 por ciento de la población entre 12 y 64 años y del 17,5 por ciento en la población de entre 19 y 25 años. (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante, SENDA, 2013)

En el caso del consumo de clorhidrato de cocaína representa al 0,9 por ciento de la población con al menos una ingesta en el último año, El aumento de este consumo está relacionado con un menor valor, baja pureza y en consecuencia de lo anterior mayor accesibilidad. En cuanto al consumo de pasta base de cocaína es equivalente al 0.4 por ciento de la población y se mantendría estable en relación a estudio anterior (variación representa 0,2 puntos porcentuales). (ibid)

El consumo de alcohol en la población chilena entre 12 y 64 años que declara haber consumido en el último mes es el 40,8 por ciento, con una mayor prevalencia en el sexo masculino, mientras que el grupo con mayor consumo sería es el entre los 19 y 25 años que equivale al 50,2 por ciento de la población. (ibid)

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, en adelante CONACE, entrega información en donde la población que admite haber consumido 5 o más tragos de alcohol en su última salida habitual es del 12 por ciento y la progresión de esta tendencia es:

1 de cada 13 alumnos de 1er año de enseñanza media

1 de cada 6 alumnos de 3er año de enseñanza media

1 de cada 4 sujetos de entre 19 y 35 años presentarían consumo

Mientras de 1 de cada 8 sujetos presenta problemas de abuso de alcohol

En la población mayor de 15 años 1 de cada 6 presenta o presentará alguna vez 1 o más problemas en los ámbitos de salud, familia, escolar o laboral derivados de hábito de consumo de alguna de estas sustancias. (ibid)

El tratamiento de drogas y alcohol en nuestro país según las políticas referidas al tema lo definen como

“Un conjunto de intervenciones y prestaciones, de carácter resolutivo, con especificidades de acuerdo al tipo y la complejidad del problema de salud enfrentado. El tratamiento de los problemas con drogas y alcohol tiene una importancia particular, ya que se ha demostrado que ofrece resultados positivos tanto en la conducta de consumo como en la salud física, mental, conductas de riesgo y desempeño laboral del paciente”. (CONACE, 2011; 23)

En esta línea el diagnóstico de abuso y dependencia dicen relación con la conducta y complicaciones en la vida de las personas relacionadas con el consumo, esto es, por sobre la cantidad de droga utilizada, es así como se usan los siguientes criterios para la definición del nivel de compromiso:

- **Consumo de riesgo.** se entiende como aquel hábito de consumir que aumenta las probabilidades de presentar consecuencias negativas para la persona, tanto en la salud como a nivel relacional, pudiendo ser una condición previa al consumo problemático.
- **Abuso de sustancias.** definido –de acuerdo a la clasificación diagnóstica DSM IV– como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas asociados, durante un período de 12 meses.
- **Consumo perjudicial.** corresponde –según el CIE 10– a aquella forma de uso de sustancias que causa daño a la salud, el que puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias por vía parenteral, por ejemplo) o mental (trastornos

depresivos secundarios debidos al consumo excesivo de alcohol u otras drogas, entre otros).

- **Dependencia.** situación fisiológica en la que la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de sustancias, cuya suspensión brusca puede generar un síndrome de abstinencia. La dependencia puede afectar al organismo en general, denominándose en esos casos dependencia física, o bien a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, etc.), denominándose en tales circunstancias dependencia psíquica". (Ibid; 27)

El termino, consumo problemático, utilizado en nuestro país, dice relación con el concepto de ONUDD (citado por ibid) haciendo referencia al consumo recurrente que produce un efecto perjudicial tanto para el sujeto consumidor como para su entorno en cuanto a: salud, relaciones interpersonales, cumplimiento de obligaciones, entre otros. El concepto de consumo problemático aborda las definiciones de abuso, consumo perjudicial y dependencia citadas anteriormente.

Se estima que alrededor del 20% de las personas que inician el consumo de sustancias, pueden convertirse en consumidores problemáticos (abuso y/o dependencia) y, por lo tanto, en potenciales demandantes de tratamiento. El último Estudio Nacional de Drogas (SENDA, opcit), estima que en Chile 652.327 personas declaran haber consumido drogas ilícitas en el último año; de ellas, 246.132 personas presentarían consumo problemático y 27.504 declaran necesidad de tratamiento.

El problema del consumo de drogas en la adolescencia en nuestro país, como ya hemos graficado en este documento, es sin duda de gran complejidad y aun sin un horizonte que defina un punto de inflexión claro permitiendo su modificación en forma positiva, es por esto, que nos parece relevante el observar los factores que

durante la infancia podrían influir en riesgos, o situaciones de vulnerabilidad, promotores de la incursión en este tipo de adicciones.

La identificación de estos factores en la población de nuestro país, y particularmente en la comuna en donde se realiza la investigación, entregan antecedentes que posibilitan la implementación de planes y programas orientados a la modificación de situaciones o prácticas en beneficio de esta población a nivel preventivo, con miras a la disminución de la prevalencia de consumo de drogas en la adolescencia y edad adulta con relevancia a nivel de inversión y principalmente sanitario, así como en las áreas penal y de seguridad social.

Si bien el estudio se realizó desde un dispositivo de atención integral en adicciones de la comuna de La Granja se considera que esta información permitiría utilizar sus resultados, por ejemplo, en la implementación de investigaciones de mayor alcance.

Cabe destacar que el alcance puntual de este estudio, tiene relación de primera línea con las efectivas posibilidades de ser realizada y en el marco que esta se desarrolla como tesis de pregrado, pudiendo ser un aporte a la injerencia que tiene hoy el Trabajo Social en la planificación y ejecución de programas públicos y privados relativos a la intervención con niños, niñas y jóvenes.

En este sentido, la presente investigación que busca conocer los factores de riesgo concomitantes en la niñez de adolescentes con adicción a drogas, se realizó en el Centro de Atención Integral en Drogas de la comuna de La Granja con 20 Jóvenes usuarios de los programas Plan Ambulatorio Básico y Plan Ambulatorio Intensivo, durante el año 2013.

En la sesión introductoria se entregan los antecedentes relativos a la metodología utilizada, técnicas aplicadas, preguntas, objetivos, hipótesis y variables que guían la investigación.

La primera parte corresponde al Marco Teórico en el cual se sustenta teóricamente el estudio. Este consta de dos capítulos, el primero de ellos referido a la familia, institución encargada de entregar protección a sus integrantes en especial durante la infancia, dando cuenta de las características de ésta en cuanto a los inconvenientes que puede presentar al no cumplir con esta función primordial. El segundo capítulo pretende entregar antecedentes de la droga como un problema mundial, su caracterización, paradigma utilizado en el tratamiento y la vulnerabilidad y el riesgo en personas con consumo.

La segunda parte contiene el Marco Referencial, compuesto por dos capítulos, el primero entrega antecedentes respecto a la prevalencia, políticas para el uso de drogas ilegales en el mundo, la caracterización del consumo de drogas a nivel nacional, Ley de Drogas en nuestro país. En el segundo se entregan antecedentes específicos de la comuna, caracterización de su población, institución en donde se realiza el estudio, así como el perfil específico de los usuarios del Centro de Atención Integral en Drogas La Granja.

La tercera parte da cuenta del análisis de los resultados obtenidos en el estudio a través del trabajo de campo que se está compuesto por las encuestas aplicadas a los usuarios de CAID La Granja y grupo focal desarrollado con profesionales del área social con experiencia en el trabajo con la población objetivo del estudio.

En las conclusiones del estudio se da respuesta a los factores de riesgo presentes en la infancia de adolescentes con consumo de drogas, así como de cuál es la

percepción de los profesionales que trabajan con ellos en cuanto a las características y valoración de estos factores de riesgo.

Finalmente se incluyen tres anexos que contienen, la operacionalización de las variables estudiadas, los instrumentos creados para la encuesta a los y las adolescentes y pauta guía del grupo focal para profesionales y por último el anexo que presenta el documento de consentimiento informado utilizado para la autorización de los usuarios que participaron en el estudio.

1. Planteamiento del Problema

Es de público conocimiento que el consumo de drogas en la adolescencia es relacional a diversos factores de riesgos presentes en la vida de estos sujetos y en especial durante su infancia. Factores presentes a nivel individual y social que interactúan, produciendo mayores grados de probabilidad de relacionarse con el consumo de drogas. Sin embargo, el nivel de responsabilidad posible de atribuir a tal o cual factor de riesgo variará dependiendo de múltiples causales, que según su gravedad y en controversia con los factores protectores existentes, se manifestarán con diferentes grados de importancia tanto en el consumo como en la severidad de este.

Según el Décimo Estudio de Drogas en Población General (SENDA, opcit) el consumo de drogas ilícitas en nuestro país lejos de marcar un retroceso en su escalada cifra la mantención respecto a estudio del año 2010 en el caso de cocaína y pasta base de cocaína (variación para ambos tipos de drogas no alcanza un punto porcentual), mientras que en el caso de la marihuana el aumento es de 3 puntos en población general. Esta información nos centra en la importancia de identificar cuáles son los factores de riesgos específicos, reales en nuestra sociedad, que hoy generan esta relación de nuestros adolescentes con el consumo de drogas.

Otro antecedente importante de destacar que impulsa este estudio y es confirmado por el estudio de SENDA (ibid) es relativo a la transversalidad con que el problema del consumo de drogas ilícitas ataca a nuestra población sin hacer distinción de orden socioeconómico, puntualmente respecto a cocaína y marihuana la diferencia de consumo entre los niveles socioeconómicos no es mayor a un punto porcentual. Esta confirmación permite restar importancia a las brechas económicas como factor determinante en el consumo, situación a la cual se atribuye o atribuía gran importancia en nuestro país, haciendo necesaria una revisión actual y concreta de nuestra población. Con esta finalidad, es necesario enfocar el estudio en dos áreas desde donde recoger información de primera fuente. Una es los mismos adolescentes con consumo de drogas y sus familias y la segunda, los profesionales con experiencia del área social y médica que atienden a ésta población.

La presente investigación busca recabar esta información y ofrecer en sus resultados un análisis de los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en la vida de estas y estos jóvenes durante su infancia, antecedentes que permitirán aportar en la elaboración de nuevos planes de intervención que desde el mismo dispositivo contemplen la forma de direccionar esfuerzos en el abordaje de los factores de riesgos identificados en la investigación, de manera que este trabajo preventivo genere mayores posibilidades a las y los niños de no padecer experiencias futuras de incursión en adicciones. Por otra parte, los resultados generados en la medición de este universo limitado podría motivar la realización de un estudio a mayor escala o ser considerados sus resultados como antecedente válido a la hora de formular nuevas bases técnicas para la implementación de programas de infancia, atendiendo la importancia de la intervención a los factores de riesgos identificados y las futuras repercusiones que estos pueden significar en la vida de estas personas.

Para este estudio es posible contar con el acceso a usuarios del programa Centro de Atención Integral en Drogas de la comuna de La Granja, así como la experiencia de los profesionales del área social que en ella se desempeñan en el sector público y privado en trabajo con adolescentes con consumo de drogas.

A modo de resumen es importante destacar que la finalidad de la presente investigación es conocer Los factores de riesgo concomitantes en la niñez de adolescentes de entre 12 y 19 años con adicción a drogas, usuarios de los programas Plan Ambulatorio Básico y Plan Ambulatorio Intensivo del Centro de Atención Integral en Drogas de la Comuna de La Granja.

2. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles fueron los factores de riesgo de mayor presencia durante la infancia de adolescentes con adicción a drogas?
- ¿Cuál es la percepción de profesionales del área de salud mental respecto a la implicancia de factores de riesgo en la infancia que promuevan la adicción a drogas durante la adolescencia?

3. Objetivos

Objetivo General N° 1

Describir los factores de riesgo presentes durante la infancia de adolescentes de los programas Plan Ambulatorio Básico e Intensivo del Centro de Atención Integral en Drogas de la comuna de La Granja

Objetivos Específicos

Identificar antecedentes individuales de las y los adolescentes que aparezcan como factores de riesgo presentes en su infancia.

Establecer antecedentes familiares de las y los adolescentes que aparezcan como factores de riesgo presentes en su infancia.

Determinar antecedentes sociales de las y los adolescentes que aparezcan como factores de riesgo presentes en su infancia.

Objetivo General N° 2

Describir la percepción de profesionales del área de salud mental respecto a la implicancia de factores de riesgo en la infancia que promuevan la adicción de adolescentes a drogas

Objetivos Específicos

Determinar la opinión de profesionales respecto a la influencia de los factores de riesgo en la infancia en adolescentes con consumo actual.

Establecer la valoración que los profesionales le otorgan a cada uno de los factores de riesgo en la situación de consumo de las y los adolescentes.

4. Hipótesis

Hipótesis N° 1

La existencia de factores de riesgo, tales como familiares con consumo de drogas, violencia intrafamiliar, entre otras; presentes en la infancia, aumenta las posibilidades de desarrollar adicciones a drogas durante la adolescencia.

Hipótesis N° 2

La efectiva presencia activa del grupo familiar como factor protector en la infancia disminuye la vinculación de adolescentes con el consumo de drogas.

5. Estrategia Metodológica

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que nos permite observar de manera puntual en el tiempo el comportamiento de una o más variables. La finalidad del estudio es acorde a este tipo de diseño debido al objetivo buscado que solo persigue el conocer el comportamiento de las variables en un tiempo y universo específico. (Hernández, Fernández y Baptista. 1991)

Al considerar la observación de variables *expost-facto* sin intervención alguna en la existencia, temporalidad y orden en que estas se presentaron en la vida de los sujetos, el tipo de investigación a realizar es de tipo no experimental. (ibid)

Este estudio al contemplar el levantamiento de información en un único momento para observar la presencia de las variables a estudiar, se considera de tipo transeccional.

Con la finalidad de aportar a este trabajo antecedentes tangibles como datos estadísticos y del mismo modo recopilar aportes de profesionales, usuarios y familiares de estos últimos; para un análisis de mayor profundidad se contempla la realización de un enfoque metodológico mixto, esto es cuanti – cualitativo.

El análisis de entrevistas a profesionales, usuarios y familiares relacionados con esta problemática y la contrastación con los datos estadísticos aportados por la institución de salud pública referente a la temática nos permite responder de mejor manera a los objetivos propuestos para la presente investigación.

5.2 Universo

El universo considerado para el presente estudio corresponde a los usuarios del Centro de Atención Integral en Drogas de la Comuna de La Granja ingresados a los programas Plan Ambulatorio Básico e intensivo infanto adolescente por consumo de drogas el año 2013, equivalente, aproximadamente, a 26 usuarios.

El universo de profesionales que desarrollan trabajo directo con usuarios de programas Plan Ambulatorio Básico e intensivo infanto adolescente por consumo de drogas, corresponde aproximadamente a 25 profesionales.

5.3 Unidad de Análisis

Corresponde a niños, niñas y adolescentes entre 12 y 19 años que cumplan con los requisitos contemplados en la normativa de salud mental que otorgan la prestaciones de referidas a los programas Plan Ambulatorio Básico y Plan Ambulatorio Intensivo.

Profesionales que desempeñan o desempeñaron funciones en instituciones para los programas ya especificados en los últimos 4 años. Equipo compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y técnicos sociales.

5.4 Muestra

Muestra intencionada que pretende incorporar al menos al 80% del universo de usuarios de los programas antes indicados activos durante el presente año, esto corresponde a 20 usuarios.

Para el universo de profesionales se utilizó una muestra intencionada considerando la participación de 10 profesionales.

5.5 Técnicas de Recolección de Datos

Se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta, técnica que nos permitió medir las diferentes dimensiones de la variable propuesta para el universo de usuarios. Este instrumento está compuesto por preguntas abiertas y cerradas.

Para el universo compuesto por profesionales del área social trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y técnicos sociales, se utilizó el grupo focal como técnica de recolección de información.

6.5 Técnicas de Análisis de Datos

La información proporcionada por la encuesta fue analizada mediante el programa Excel, en tanto la obtenida mediante el grupo focal se trabajó de acuerdo a la técnica de análisis de contenido por categorías.

7 Variables del Estudio

Factores de riesgo en infancia

Percepción de los profesionales

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

LA FAMILIA, PROTECCIÓN O RIESGO

La familia como institución primera, presente en la totalidad de las culturas, es sin duda, de total significancia hoy como lo ha sido en la historia del hombre con todas sus modificaciones a lo largo del tiempo. La identidad de cada individuo, la formación como persona así como nuestros intereses y anhelos están ciertamente ligados a la marca que deja en cada persona la familia de origen. (Flaquer, 1998).

La familia a lo largo de la historia ha variado en cuanto a su función prioritaria, hoy la identificamos principalmente como el primer espacio de interacción de sus miembros, en donde se aprende y ejercitan formas de relacionarse, normas, valores y costumbres que nos permiten la relación con pares que comparten la generalidad de dichas reglas. A esto podríamos llamarle la preocupación de la crianza de los hijos e hijas como una de las primeras tareas de la familia, pero esto no siempre fue así. La familia como hoy la entendemos parte con la revolución industrial, en donde los problemas de vivienda, economía, incorporación de la mujer al trabajo fuera de casa, entre otros, modifican la organización pre industrial, en donde estaba compuesta por grupos extensos, con muchos hijos y presencia de adultos mayores con importante influencia, en donde el trabajo y la educación de los miembros era competencia prioritaria del grupo.

En esos tiempos la familia se regía principalmente por conveniencias económicas, políticas o culturales en donde se potenciaba la crianza de los hijos en vistas a la necesidad de mano de obra para la subsistencia del grupo, a mayor cantidad de integrantes mayor es la fuerza económica que sostendría a la familia, asegurando la permanencia de esta a través de generaciones. En cambio la familia moderna permite los matrimonios por afecto, la llegada de los hijos porque sus padres así lo

desean, de forma programada ya no desde la perceptiva económica del grupo, sino muy por el contrario a costo de la economía de este, validando la opción de la libertad de elegir, aunque no siempre con la sustentabilidad mínima, formación de una familia en condiciones muy distintas a la pre industrial. (Quintero, 1997)

Desde esta visión, en la familia moderna las relaciones entre padres e hijos están enfocadas en la afectividad. Cambia la visión instrumental de la descendencia, aunque siempre ligada a un disfraz religioso, predominan los afectos por sobre el respeto y la obediencia. Aquí se enmarcan un cambio de suma importancia, en donde la función de los progenitores respecto a sus hijos no solo consiste en el cuidado, entrega de alimentos y educación, sino que además toma relevancia el quererlos. (Flaquer, Op cit)

Junto a lo anterior, en la familia moderna la educación de los hijos deja de ser función exclusiva de la familia tomando importancia la escolarización y con esto aparece la adolescencia, etapa del ciclo vital no conocida hasta hora, generando un tiempo de diferenciación para el individuo entre la niñez y la adultez que motiva importantes nuevas preocupaciones para los padres. Todos los cambios tanto físicos como psíquicos que en nuestra época se generan en la adolescencia, con los costos en las relaciones y cambios en estas no eran conocidos o al menos identificados en la familia pre industrial. En donde los niños se transformaban inmediatamente en adultos, “mano de obra”, a edades que hoy nos parecerían una aberración. (Rodrigo y Palacios, 2003)

La ocurrencia de todos estos cambios en la familia generan hoy un reconocimiento de ella muy distinto, motivando la investigación científica en muchos aspectos, en su institucionalidad y sus componentes que sin lugar a dudas genera una dinámica constante tanto en el interior de ella como en la interrelación con otras y por supuesto con todos los individuos que la componen, produciendo en definitiva

cambios a nivel social, que por desgracia no siempre se transforman en modificaciones deseadas y enriquecedoras para la sociedad y sus individuos, especialmente en los de mayor grado de vulnerabilidad como son los niños.

1. Caracterización de la Familia

Rodrigo y Palacios (ibid: 35) caracterizan a la familia actual en términos generales *“como un escenario; donde se constituyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismo y que experimentan un desarrollo psicológico acorde con la calidad de relaciones de apego establecidas en su niñez”*.

La importancia que asignada a la niñez y las relaciones generadas en esa edad para el desarrollo de una vida adulta son categóricas y es explicación para la repetición de patrones positivos y obviamente negativos a través de generaciones.

“Donde se aprende a afrontar retos y a asumir responsabilidades y compromisos. En la familia hay múltiples oportunidades para madurar y desarrollar recursos personales” (ibid: 35)

La familia como primera institución formadora ha de ser la encargada de transmitir a sus hijos, y en especial a través del ejemplo, la forma de enfrentar la vida adulta en vistas a la conformación de nuevas generaciones que compartirán importantes pautas aprendidas desde la niñez posibles de modificar pero contenedoras de una carga residual que llevará de forma natural el actuar de la forma internalizada en el grupo de origen. *“De encuentro intergeneracional donde hay un flujo permanente entre tres generaciones que establecen afectos y vínculos” (ibid: 35)*

Este ejercicio de relaciones intergeneracionales al realizarse de forma positiva y efectiva entrega a los miembros herramientas invaluable a nivel de desarrollo psíquico y emocional, así como la carencia de estos producirá vacíos que dependiendo de la resiliencia de cada individuo son capaces de modificar gravemente la evolución esperada o considerada “normal” dentro de una sociedad. *“Donde se desarrolla una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que se realizan como ser humano” (ibid: 35)*

Sin duda como primera red de apoyo, la familia debería entregar el soporte necesario a cada uno de sus miembros para su desarrollo personal y como parte de una sociedad.

Con la intención de ver en forma positiva de acuerdo a los autores citados, la familia entrega en definitiva todas las bases para el desarrollo integral de sus hijos, es decir, no es posible ser parte de una sociedad sin haber contado con los aportes principales para enfrentar la vida. En base a esta caracterización de la familia podríamos sostener teorías que justifican la aparición de una determinada sintomatología, solo a través del conocimiento del cómo fue la relación familiar del sujeto, así como la realización del trabajo preventivo que se anteponga a un desenlace no deseado apoyando a familias con un mal desempeño como lo intentan hacer programas públicos y privados.

Quintero (1997:18) enmarca a la familia en dos funciones básicas

“La protección psico-social de sus miembros: engendra nuevas personas y responde por el desarrollo integral de todos los miembros.

La inserción del individuo en la cultura y su trasmisión, lo que se conoce como la socialización.”

La cita anterior permite inferir la responsabilidad de la familia en cuanto a la identidad y el desarrollo psicosocial de sus hijos, con estas herramientas instaladas el individuo, podría ser un miembro activo de la sociedad en la cual se desenvuelve siendo funcional a esta y compartiendo en la generalidad los intereses y perfiles de su pares continuando así evolución para la generación de un nuevo grupo familiar.

2. Ciclo Vital de la Familia

La puesta en práctica de las funciones básicas en la familia variará en la intensidad de cada función dependiendo de la etapa del ciclo vital en que se encuentre el grupo. Según Scabinni, (citado en Campanini y Lupi, 1996) las etapas fundamentales de la familia, dependiendo el proceso evolutivo que desarrollan, son como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 1
Etapas Ciclo Vital

<i>FASES DEL CICLO DE VIDA</i>	<i>HECHO CRITICO</i>
<i>Formación de la pareja</i>	<i>Matrimonio o convivencia</i>
<i>La familia con niños</i>	<i>Nacimiento de los hijos</i>
<i>La familia con adolescentes</i>	<i>Adolescencia de los hijos</i>
<i>La familia Trampolín</i>	<i>Los hijos se van de la casa</i>
<i>La familia de edad avanzada</i>	<i>Jubilación, enfermedad y muerte</i>

Fuente: Scabinni (citado por Campanini y Lupi. 1996: 86)

EL concepto de ciclo vital es elaborado desde una mirada interdisciplinaria, concepto que es aplicado a toda familia no en exclusividad a una que presente algún tipo de problemática. La utilización del ciclo vital en la intervención social está propuesto desde una mirada ecosistémica y los aportes que esta entrega permitirían

avanzar en las hipótesis de una intervención con antecedentes mínimos apoyándose en esta clasificación. (Campanini y Lupi, opcit)

La primera de las etapas de ciclo de la familia es la relativa a la formación de un nuevo núcleo familiar a través del matrimonio o la más popular en nuestra sociedad, comienzo de la convivencia o vida en pareja. Es en esta etapa donde los integrantes deben alejarse de las familias de origen y buscar la complementariedad de las reglas y normativas desarrolladas en la familia de origen que no siempre son del todo compartidas por el o la cónyuge siendo necesario la búsqueda del equilibrio entre ambas posturas para generar las reglas y normativas de esta nueva familia.

La segunda etapa dice relación con la llegada de los hijos a esta nueva familia, situación que altera totalmente la nueva estructura creada por la pareja, es necesaria la modificación de acuerdos relativos al tiempo de trabajo, de pareja, de roles dentro de la relación. La presencia de las familias de origen jugaran papeles importantes de forma positiva o negativa dependiendo de los grados de separación que haya alcanzado cada cónyuge, pudiendo representar un apoyo en la crianza o confusiones de los roles de los abuelos que no aceptan que sus hijos son padres y quieren asumir ellos la responsabilidad, por mencionar un ejemplo.

Uno de los retos importantes en esta etapa es la incorporación de los hijos a instituciones de educación, que en nuestra sociedad se producen a muy temprana edad, sala cuna y jardín infantiles son parte necesaria de la formación de los hijos en especial por la necesidad de trabajo fuera del hogar de la madre.

En las familias con más de un hijo se crean nuevos subsistemas familiares de tercer nivel, pasando de solo los subsistemas conyugal y parental al subsistema hermanos dentro del grupo familiar. (ibid)

La etapa de la familia con hijos adolescentes es una de las más delicadas, en donde la modificación de conductas y normas exigidas por el o la adolescentes no siempre es entendida y recibida de buena forma por los padres. En esta etapa de transición del niño o niña a la adultez ocurre con innumerables complicaciones en todos los subsistemas del grupo familiar (ibid). Es en esta etapa en donde se privilegia, de forma inconsciente, la mayor presencia de sintomatología a través de los y las adolescentes para la manifestación de problemas en el grupo familiar y la utilización de este integrante del grupo como “chivo expiatorio”.

En la etapa de familia trampolín es en donde los hijos abandonan el hogar para formar sus propios grupos familiares, está caracterizada por la problemática de aceptación por parte de los padres permitiendo la salida de los hijos y el oportuno deseo de los hijos de salir del hogar. Esta situación ha sido demostrada por encuestas en nuestro país que reflejan la escasa motivación de los hijos de abandonar la casa de los padres a hasta avanzada edad, ya proponiendo algunos la necesidad de alargar la etapa de la adolescencia a entrados los 20 años.

Por parte de los padres en ocasiones la salida de los hijos pudiera tener repercusiones en su salud mental manifestando estados depresivos o de ansiedad. (ibid)

La quinta etapa de familia en edad avanzada se distingue por tres momentos; la jubilación, la enfermedad y la muerte. El desequilibrio que produce para cualquiera de los cónyuges la manifestación de uno de estos momentos, alterará de forma importante las relaciones de la pareja. Podría ser necesaria la apertura de la familia debido a la necesidad de mayor apoyo de terceros en la realización de tareas y cuidados. (Ibid)

Para el cumplimiento de los objetivos del presente estudio es necesario poner especial atención dentro de la familia al grupo objetivo de la investigación, la

adolescencia etapa de la vida que no siempre estuvo presente. En la historia de nuestra civilización es fácil de encontrar antecedentes de la inexistencia de la adolescencia en las sociedades previas a la escuela y al concepto moderno de familia pos industrial.

La adolescencia entendida comúnmente como el periodo entre infancia y vida adulta, no dice mucho sobre lo complicado de esta etapa, grafica como si solo fuera un paso de un estado a otro. Pero es de gran importancia todo el proceso que desarrolla la persona en esta etapa de transformación de niño a adulto. Fase de conflictos, inestabilidad, crisis y búsqueda de identidad, proceso de cambios físicos y psicológicos con importante influencia del ambiente en especial de los pares y nuevas figuras representativas para la construcción de identidad del o la adolescente. La OMS (s/a) establece el rango etario en que se desarrolla la adolescencia entre los 10 y los 19 años. Aunque estudios actuales modifican este tramo sin límites claros dejando espacio a la particularidad de las diversas culturas en donde puede variar considerablemente.

3. Familias Multi problemática

La familia multiproblema ha sido descrita por Coletti y Linares, (citado por Bouche, Hidalgo y Álvarez, 2005: 23), como:

“La situación de familias en donde es posible observar la precariedad en el ejercicio de las funciones y de los roles parentales, problemas en la manifestación de afectividad entre los miembros, conflictos y crisis cíclicas, resistencia al cambio y falta de apoyo social, escasez de recursos económicos, conflictos judiciales y a nivel de barrio, abandono escolar, maltrato e incesto.”

La definición propuesta por los autores nos presenta a la familia multiproblema como depositaria de la totalidad de las características que nadie quiere ver en una

familia. Los interminables factores de riesgo posibles de desprender de esta definición responsabilizan exclusivamente a la familia de su multiproblemática liberando de responsabilidad a la sociedad en su conjunto a las situaciones particulares posibles en los barrios, acceso a colegios, salud, entre otros.

Cancrini, (citado por Escartín. 2004: 7) define a la familia como multiproblemática cuando:

- *“Presenta de forma simultánea, en dos o más miembros comportamientos anormales (síntomas), estables y lo suficientemente graves como para solicitar una intervención externa.*
- *Los adultos de la familia presentan un serio déficit en sus habilidades funcionales (proporcionadoras de soporte para la subsistencia) y expresivas (soporte afectivo y cultural).*
- *Los dos anteriores factores se realimentan mutuamente.*
- *Presentan una labilidad en los límites familiares con una apertura fácil de sus fronteras, especialmente para los y las profesionales, de cara a hacerles cumplir alguna de las funciones mermadas expuestas anteriormente.*
- *Dependencia crónica mutua entre los/as profesionales y la familia, generando una condición de homeostasis intersistémica.*
- *Con el tiempo se van produciendo modificaciones peculiares en los comportamientos sintomáticos”.*

No es difícil, al igual que con la definición de Coletti y Linares (1997), aterrizar algunas de estas apreciaciones a la realidad de las familias “multiproblemas” con las que podemos encontrarnos en nuestro país, la presencia de problemas en miembros del grupo generalmente están presentes, sintomatología que no siempre da cuenta de los verdaderos o estructurantes problemas que afectan al grupo, sino que sirven de plataforma para la consulta e ingresos de profesionales para la

realización de intervenciones a través de instituciones en la búsqueda de mejoras a sus dificultades. Es importante destacar que en la generalidad de los casos los síntomas por los cuales la familia consulta o busca ayuda son para estas los verdaderos problemas que las afectan, esto es, la invisibilización de sus verdaderas problemáticas, que por lo general, al encontrarse arraigadas por mucho tiempo e incluso generaciones en la familia estas las han “aceptado” y no son capaces de identificarlas en miras a otórgales energías para producir cambios en ellas.

La escasez de recursos o precariedad de estos, hoy no está completamente ligado a la pobreza en cuanto a acceso al empleo o vivienda, aunque aún existen cifras que no debemos dejar de atender, sino que tienen mayor relación con el nivel de endeudamiento por el estilo de vida que las familias desean mantener. Situación que pone en un orden de prioridades muy distinto al ideal respecto del cumplimiento de funciones, en especial las parentales, con repercusiones en todo el grupo familiar. Padres preocupados por generar recursos para alcanzar los estándares deseados sin dar importancia al tiempo que se resta a la relación familiar o sin importar si el acceso a esos recursos signifique el involucrarse con actividades ilícitas.

En ambos ejemplos presentados en el párrafo anterior la familia carece de una fluida o aceptable presencia de las funciones básicas de protección e inserción social de sus miembros. (Quintero, opcit)

La apertura de las familias no es algo que solo se vea en este tipo de familias, el sistema económico fomenta la especialización de funciones y con esto cada vez es más clara la entrega de funciones a quien “supuestamente está capacitado para ejercerla” es así como las familias entregan cada vez en mayor medida la educación

de los hijos a los profesionales de la educación desligándose completamente su rol formador y del mismo modo ocurre con los necesarios espacios de contención y soporte emocional para los integrantes del grupo, que en nuestra sociedad se evidencia en el aumento de la demanda en las consultas de salud mental como depresiones, trastornos de ansiedad, déficit atencional, hiperactividad, entre otros.

La dependencia entre profesionales/familia a la cual hace alusión la autora se relaciona importantemente con el párrafo anterior. La apertura de la familia con la intención de suplir necesidades, principalmente afectivas, genera en estas una dependencia de los profesionales, y por ende, de los servicios que puedan proveerles apoyo. Es posible relacionar este punto del mismo modo con la invisibilización de las problemáticas reales por el grupo familiar, al no dimensionar sus verdaderas complicaciones es necesaria la presencia de profesionales que recojan la sintomatología y trabajen sobre ella, por cronicidad de las problemáticas estructurantes se mantendrá una sintomatología cíclica.

En el análisis anterior queda fuera de la caracterización de las familias multiproblemas la importancia que juega el contexto social en donde se desenvuelven. Los factores de riesgos presentes en la “comunidad” inmediata de estos grupos, por lo general, son significantes de mayores dificultades y promotores de la rigidización de las problemáticas. Barrios en donde el consumo de sustancias o la relación directa con actividades ilícitas aceptada por el común de sus miembros, genera una conciencia colectiva que permite y valida estas actividades. Es aquí donde la relación con el entorno, la identificación con el par, se sobrepone a lo legal o validado por la sociedad en general. En nuestro país, así como en la mayoría de Latinoamérica, la marginación y segregación barrial de la población respalda fuertemente esta identificación que perjudica gravemente a la familia propiciando la presencia de factores de riesgo que no son atendidos por las familias al considerarlos parte de su entorno o se sienten imposibilitados de actuar ante este

factor de riesgo que no es posible de controlar por su entorno inmediato responsabilizando a las instituciones de la creación de estrategias que permitan combatirlo.

Es importante recordar que en muchas ocasiones no es ninguno de los miembros de la familia que acude voluntariamente a solicitar apoyo, sino que como resultado de alguna resolución judicial, en general a causa de alguna de sus problemáticas, que terminan por imponer una determinada intervención a la familia o alguno de sus subsistemas. Es en ocasiones el colegio que debido a desajustes en la conducta, evidencia de precariedad en la presencia paternal en los hijos, consumo de drogas, entre otras posibles, es quien solicita directamente a las familias o a instituciones relacionadas que se generen espacios de intervención en beneficio de los niños, niñas o adolescentes promoviendo de este modo la intervención en el grupo familiar y en ocasiones es aceptada por la familia más que por la convicción de producir cambios en su sistema familiar es motivada por la continuidad de acceso a recursos, como puede ser la matrícula en determinada institución escolar.

Para Escartín (opcit), existen grupos de riesgo en donde encontramos las familias con bajos recursos, con composiciones de miembros que dificultan un desarrollo adecuado de los hijos, parejas jóvenes con hijos pequeños, problemas habitacionales, entre otras problemáticas, destacando siempre que en ellas el factor común es lo social y lo económico. Esto no quiere decir que en familias de un mejor pasar económico no se presentes similares dificultades que ameriten la intervención de profesionales del área social o médica, pero debido a la diferencia en el poder adquisitivo de estas las intervenciones se realizaran no en un sistema público a no ser que lo dicte un tribunal, pero aunque así lo fuera estas familias tratarán de mantener de tal manera el hermetismo de sus problemáticas que ocultarán de la mejor forma posible sus dificultades para no generar espacios de intervención y cuando sea imposible no recibirlas. Por el simple hecho de una condición económica

distinta serán “categorizadas”, incluso por los mismos profesionales del Trabajo Social”, de forma distinta a las de bajo ingresos. En otras palabras, aun frente a la existencia de innumerables problemas en una familia de “clase más acomodada” esta nunca será categorizada como una familia multiproblema. (Ibid)

Algunos de los indicadores que permiten a los profesionales identificar la disfunción de las familias según Escartin son:

“...embarazos no deseados o en adolescentes; accidentes repetidos en la infancia; retraso escolar; trastornos en la conducta (nivel preescolar o escolar); dificultades de adaptación en la adolescencia; depresión; malos tratos; hiperutilización de servicios (sociales, médicos, etc.); baja autoestima; inestabilidad conductual; problemas psicológicos, psiquiátricos o ambos; pobreza emocional (poca capacidad para expresar sentimientos).” (Ibid :11)

Si bien todas las características propuestas como indicadores por Escartín aluden a problemas del grupo, principalmente, todas estas tienen una clara relación con lo social. Las pautas culturales respecto al embarazo y edad de estos, conductas esperadas, autoestima, expresión de sentimientos, etc. Indican estándares de aceptación que configuran a la familia y a cada uno de sus integrantes dentro de una normativa explícita, en cuanto a legalidad y normativa, y otra tácita que existe en la propia cultura. Siendo sin duda la presencia de estos factores de riesgo en mayor grado en el entorno de las familias, generará en mayor medida el involucramiento de esta con los factores de riesgo presentes.

4. Factores de Riesgo

Existe gran diversidad de definiciones para los factores de riesgo entre ellas es posible destacar:

- *“Aquellas circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente el problema”. (Sandí citado en San Lee, 1998: 5).*
- *“...Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”(OMS, 2013)*
- *“En términos más específicos, cuando se habla de factores de riesgo se hace referencia a la presencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Estos problemas promueven la ocurrencia de desajustes adaptativos que dificultarían el logro del desarrollo esperado para el joven en cuanto a su transición de niño a adulto responsable y capaz de contribuir y participar activamente en la sociedad. (Hein, 2004: 3)*

Para el caso específico de drogas:

- *“Conjunto de variables y condiciones que facilitan o favorecen la probabilidad de ocurrencia o de mantención de la conducta de consumo de drogas”. (SENDA, 2012)*
- *“Factores que se asocian con un potencial mayor para el consumo de drogas, es decir, aquellos que favorecen o incrementan el riesgo de desarrollar este problema”. (Cañal, 2003: 112)*

Para el presente estudio consideraremos como factores de riesgo todas las características, situaciones y contextos tanto individuales, familiares y sociales que puedan exponer a niños, niñas y adolescentes a algún tipo de vulneración, privación

o posición de desventaja respecto a estándares esperados para un adecuado desarrollo.

Si solo tuviéramos que enfocarnos en los factores riesgo sería totalmente predecible el resultado ante determinados riesgos de una población en general. La presencia de factores protectores en los mismos sujetos, sus familias y contextos sociales, hace que los resultados posibles varíen en cada uno de ellos. Teniendo resultados tan variables como sujetos existan en el grupo estudiado.

En lo que respecta específicamente al consumo de drogas, Cañal (ibid: 126) indica que los factores protectores son "...aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental e individual inherentes a los ambientes clave donde se desarrollan los niños y los jóvenes –escuela, hogar, comunidad- y que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie un proceso adictivo. No son necesariamente lo opuesto a los factores de riesgo”.

En el caso de los factores de protección los entenderemos como toda característica, situación o contexto en el ámbito individual, grupal o social de los sujetos que contribuya a la mantención o mejora de las condiciones de vida existentes, aportando en la prevención de involucramiento en circunstancias que perjudiquen un adecuado desarrollo.

Las primeras etapas de ciclo vital de la familia toman gran relevancia en la formación de sus integrantes, un adecuado desarrollo de las habilidades parentales en la infancia y durante la adolescencia marcarán sin duda a los nuevos individuos, durante estas etapas se encuentra el fundamento del presente estudio, en donde es posible identificar características familiares que han posibilitado el desarrollo de

determinados factores protectores y de riesgo que permiten el involucramiento de niños, niñas y adolescentes en diferentes conductas.

La importancia de la familia fue y seguirá siendo determinante en el desarrollo de los individuos, la familia pos industrial representa un ineludible aporte al individuo que sin lugar a dudas marca a fuego la forma en que este se manifieste, tanto en lo individual como en la conformación de su propio grupo familiar. El individuo como depositario de una historia compartida, en la relación con los miembros de su grupo y la historia que trae cada uno de ellos a esta relación formará y permeabilizará, positiva y negativamente a este en diferentes aspectos para su desarrollo facultándolo o privándolo.

CAPITULO II

LA DROGA COMO PROBLEMA MUNDIAL

Es públicamente sabido que el uso de las drogas ha estado presente en todas las culturas, desde tiempos pre histórico es posicionada, no como un problema, sino como parte importante en relación a las diferentes manifestaciones de tipo ritual y ceremonial. Y de este modo, la reserva del uso de drogas a un grupo reducido de sujetos, en específico, a quienes con autoridad frente a la comunidad eran los encargados de establecer comunicación con los dioses a través del consumo de alguna yerba que produjera efectos alucinógenos, situación que sin duda con el paso del tiempo fue modificada y el acceso a ella sin un carácter religioso, sino recreativo, poniéndola a disposición de todos por igual la presenta hoy en día como un problema mundial con altos efectos en la salud y en la economía.

Por siglos el uso de drogas estuvo presente en las diferentes civilizaciones en todo el mundo, situación que no representó problemas mayormente citados en la historia, sino hasta ya instalada la industrialización que con un propósito netamente comercial posiciona el uso de drogas en una plataforma de necesaria restricción y prohibición.

Por citar alguna de las negociaciones que repercuten en el control y prohibición del consumo de drogas está la relación de Inglaterra con el uso del opio, que se transforma en moneda de cambio por las importaciones de té desde China. Los altos costos de importación del té para Inglaterra son contrarrestados con la exportación de opio a China (Guerras de opio en Inglaterra. 1839-42 y 1946-60). Del mismo modo luego como estrategia de control, primeramente, en Estados Unidos, (principios del siglo XIX), en búsqueda de demarcar y marginar la población inmigrante China, se sataniza el consumo del opio cerrando los fumaderos

existentes y utilizados principalmente por estos inmigrantes. Luego con el desarrollo de la industria farmacéutica y la puesta en el mercado de fármacos derivados principalmente del opio, es necesario criminalizar el consumo de este en forma natural para promover la venta de los nuevos productos procesados que producían aún mucho más daño a la población que los consumía. Similar situación ocurriría posteriormente con el consumo de marihuana en Estados Unidos, donde con la intención de prohibir se relaciona el alto consumo de esta droga con la población afro americana y la alta tasa de actos violentos, relación que sería desmentida años más tarde cuando la prohibición del consumo ya se había conseguido. (González, Funes, González, Mayol y Romaní, s/a)

Desde entonces las motivaciones comerciales y autoritarias de Estados Unidos buscaron la homogenización de la postura continental frente a las drogas, situación que no es necesario detallar, consiguiendo su cometido sin mayores cuestionamientos. (ibid)

En la actualidad la droga es considerada útil para los usuarios con un carácter ansiógeno. En busca de suprimir el sentir y el pensar en el estado de vigilia. Es provocar el adormecimiento de las personas en busca de bloquear las problemáticas de base en la sociedad que les toca evidenciar en sus vidas. (De Rementería, 2001)

Desde la visión propuesta por el autor el sentido del involucramiento de la sociedad actual con las drogas está fuertemente ligado a la generación de un sistema que permita escapar de la realidad, reconociendo en esto un descontento social respecto a la satisfacción de las necesidades de toda índole. Cabe destacar que no tiene necesariamente que ver con la precariedad económica solamente, sino que de la totalidad de las necesidades del ser humano, no discriminando en estratos

sociales. Aunque a mayor precariedad de la persona, podríamos postular, mayor es su descontento y su necesidad de bloquear su realidad a través de la evasión de la realidad.

Cabe destacar, en la reflexión anterior se deja fuera en su totalidad los intereses económicos que existen hoy por hoy en el tema drogas en el mundo, considerando que el presente estudio no busca indagar en el tema desde ese ángulo.

1. Caracterización de la Droga hoy en el Mundo

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

Según Tamayo (1985), de acuerdo a la forma de consumo es posible clasificarlo de la siguiente forma:

Experimental: Se refiere al uso de droga en forma esporádica, motivado principalmente por la curiosidad o por la presión generada por el grupo de pares.

Uso social: Es un consumo de frecuencia, en relación con las actividades lúdico-recreativas y sociales del grupo en que se desenvuelve el sujeto usuario de la sustancia.

Abuso: En este nivel de consumo la droga se hace necesaria para el desarrollo de algunas de las actividades cotidianas del sujeto, ya sean estas sociales, académicas, laborales, etc. El usuario en este nivel mantiene una preocupación constante por el cuándo consumir, como conseguir la droga, etc. La energía del consumidor está puesta en la obtención de la sustancia y el mantenerse bajo los efectos de esta. Existe un desarrollo de la tolerancia y comienza el establecimiento de la dependencia.

Disfunción: El usuario ya es totalmente dependiente y tolerante al efecto de la droga ingerida, existen problemas relacionados directamente al consumo a nivel social, familiar, laboral y/o académico, económicos, etc.

Dstrucción: Establece la fase final, es en donde el individuo ya ha generado un deterioro significativo a nivel personal, familiar y social. Este estadio del consumo es como se reconoce por los adictos a “tocar fondo”, generalmente y dependiendo de la fuerza del soporte familiar y social del sujeto al llegar a este estado este se encontraría en situación de calle, participando de actividades ilícitas y con alteraciones de importancia a nivel físico y psíquico.

Para Sandí (1995), en el proceso de consumo de drogas se observan tres etapas: el uso, el abuso y la dependencia.

El uso se refiere al tipo de consumo de cualquier droga que no produciría consecuencias dañinas para el individuo.

El abuso es definido como un patrón mal adaptado en donde el consumo persiste al menos por un mes de ingesta continua que ignorando las consecuencias negativas y dañinas se mantiene, asumiendo en este proceso situaciones de riesgo para la vida del sujeto, como puede ser el manejo de automóvil bajo los efectos de la droga.

La dependencia reúne las características del abuso y suma a estas la presencia de intoxicaciones en el uso de la sustancia, desarrollo de tolerancia a los efectos esperados por el individuo, presencia del síndrome de supresión e interferencia con las actividades habituales del sujeto. La dependencia creada a la sustancia puede llegar ser física o psíquica.

Con la finalidad de aportar mayor claridad a algunos de los conceptos antes propuestos, el investigador cree pertinente entregar definiciones de uso en la normativa nacional por el organismo gubernamental encargado de la temática, que es SENDA. (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol).

El síndrome de supresión citado anteriormente se refiere al concepto de “abstinencia” o “craving” o “privación”, este síndrome es el presentado por un adicto al presentar una interrupción importante en el patrón de consumo que estaba desarrollando. Esto es, un cambio desadaptativo con repercusiones físicas y cognitivas como consecuencia de la abstinencia del consumo de larga data o de cantidades importantes de esta. Se presenta con deterioro en las actividades cotidianas del individuo y malestar físico significativo. La presencia de este síndrome se presenta en periodos de “no consumo” de usuarios de drogas con un compromiso

de dependencia a estas. Específicamente el término “craving” se refiere al deseo irresistible del sujeto de volver a consumir la sustancia para reducir los síntomas presentados en el periodo de abstinencia. La definición entregada por SENDA está respaldada en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” cuarta edición (DSM IV), de la Asociación de Psiquiatría de EE.UU., 1994. (SENDA. s/a)

Para el caso del concepto de Abuso es definido como la necesidad de la sustancia por el sujeto y la orientación de toda la vida de éste al consumo, pese a las complicaciones que acarrea esta situación. Incluyendo al menos, las situaciones siguientes:

- Consumo recurrente de drogas, que acarrea el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas o bajo rendimiento; suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- Consumo recurrente de drogas en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conduciendo un automóvil o accionando una máquina).
- Problemas legales reiterados con la sustancia (arrestos por comportamiento escandaloso) (Ibid)

El desarrollo de tolerancia se refiere al proceso neuro adaptativo a través del cual el consumidor siente la necesidad de aumentar la cantidad de la droga ingerida para conseguir los mismos efecto que antes obtenía con menor cantidad, esto se produce por la adaptación neurológica del individuo a la presencia de sustancia en forma permanente en su organismo. (Ibid)

La drogodependencia es definida por la OMS (1982) como "Un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en la que se establece una gran prioridad por el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes". Mientras que para SENDA (s/a). corresponde al consumo como una conducta impulsada por múltiples factores, esta multicausalidad no permitiría la identificación simple de los motivos que generan determinadas adicciones. Propone que bajo esta mirada nos alejamos de la visión de búsqueda del causante de la adicción componentes o propiedades de la sustancia ya que la verdadera importancia está en la función o servicio que esta entrega al usuario. Entonces la adicción a una determinada droga podría explicarse desde la capacidad para generar adicción debido a los agentes que la componen pero no es posible que sus compuestos entreguen información referida al porqué del inicio del consumo y la reincidencia que lleva a la dependencia. Junto a las características de la droga las características del consumidor así como su entorno social. El origen muticausal de la drogodependencia representa los factores de riesgo y protección con gran significancia en el desarrollo de estas. Factores vinculados a la droga, el individuo y el ambiente deberían ser estudiados a través de diversos modelos explicativos como: biológicos, psicológicos y sociológicos para comprender y aportar en medidas principalmente orientadas a la prevención. (Ibid).

La información aquí presentada da cuenta, en parte, del importante respaldo de desarrollo teórico en cuanto a las sustancias psicoactivas existe en todo el mundo, así como de las consecuencias a raíz del uso en diferentes niveles de estas drogas por la población. Sin embargo, el problema de la intervención con la finalidad de eliminar, o en una mirada más real, disminuir los problemas directos e indirectos producto del consumo de sustancia está principalmente en la dinámica y utilitaria relación del individuo con la droga. Situación que ha complicado, y lo sigue haciendo, a los diferentes programas que se relacionan con el problema.

2. Paradigmas Frente a la Intervención

El abordaje del problema de consumo en el mundo, históricamente se ha tratado desde la posición de generar una sociedad libre de drogas, es decir, la búsqueda de la eliminación completa del consumo, sin embargo, en las últimas décadas toma fuerza en algunos países la reducción del riesgo en el consumo. La primera propuesta exigiría una actuación exclusivamente ex ante, ya que las estrategias posteriores solo actúan en forma penalizadora y de “cura”. Mientras la segunda se presenta como una oportunidad de mayor realidad, ex post, en búsqueda de aminorar los riesgos a que se expone la población usuaria de alguna sustancia, desarrollando procesos de intervención de mayor respeto por el sujeto, procurando un cambio en la medida que esté dispuesto y no obligando a abandonar el consumo inmediatamente.

Si las drogas han estado presentes desde antes de la historia de nuestra civilización, resulta una meta truncada la idea de alejar a las personas de su uso. En un mundo que a través de un sistema económico imperante que busca la realización en base al consumismo, usando como medio el individualismo, se pretende a la vez dictar la uniformidad en el uso de drogas y desde esta mirada además combatir otros colaterales como ha sido la propagación de enfermedades infectocontagiosas, situación que no ha sido posible de realizar de manera parcelada y no gracias precisamente a las políticas de abstinencia total.

Un ejemplo importante de difusión del paradigma de la reducción de daños respecto a la drogodependencia es la experiencia desarrollada en Inglaterra respecto al contagio de VIH en consumidores de heroína (década de los ´90s). Los programas que buscaron detener los contagios solo penalizando el consumo de la droga

resultaron un rotundo fracaso, en cambio la generación de una estrategia que con el objetivo de disminuir el contagio interviniera respetando al sujeto en cuanto a la mantención del consumo, es más ayudando al usuario de la droga a consumir en mejores condiciones, generó una importante aceptación en esta población que “incluso” generó la disminución del consumo, el reemplazo de la droga por otra de menor umbral de daño y en un porcentaje menor la búsqueda de la abstinencia en el consumo. (De Rementeria, Opcit)

Es importante analizar en este punto el respeto por el consumidor, la intención de las políticas públicas de detener por sobre manera el consumo se contradicen con el respeto de la voluntad del consumidor, esto es más allá del consumo mismo, considerando además los escasos niveles de logro de este paradigma a nivel mundial.

3. La Vulnerabilidad y el Riesgo

En cuanto a la vulnerabilidad, entendida por De Rementería, (ibid: 14) como “la baja capacidad de protegerse o asimilar una acción externa indeseable o peligrosa, es una característica atribuible a determinados grupos sociales o personas, incluso instituciones o regiones”. Podemos entender desde esta definición que se refiera a factores propios de los individuos, siendo de responsabilidad de los sujetos, familias o comunidades el resguardo de estas circunstancias.

Respecto a los riesgos se entenderían al estado de situaciones o contextos que pudieran ser en forma provisoria o permanente, los que pueden ser considerados como molestos o perjudiciales para el sujeto, familia comunidad o institución pero

no estaría al alcance de estos poder remediar la condición ya que esos son propios del medio ambiente. (Ibid)

Situaciones familiares, del barrio, acceso y calidad de la educación, así como todo cuanto rodea a los individuos y tienen relación directa o indirecta con ellos podrían producir, concomitante al grado de vulnerabilidad que experimenten, un mayor grado de compromiso con el consumo de sustancias.

Según estudios norteamericanos los mayores momentos de riesgos en relación con el consumo de drogas para la población infanto adolescente se produciría en las etapas de su desarrollo que marcan cambios importantes en su contexto social, esto es, ingreso a la escuela, relación con grupo de pares, en especial en el cambio a la educación secundaria en donde el o la adolescente se enfrenta a bruscos cambios respecto a exigencia académica, emocionales y de relación con grupos sociales, aumentando la posibilidad de participación en actividades que involucran el consumo de drogas. (NIDA, 2004)

La vulnerabilidad es la probabilidad de un sujeto, grupo o población expuesta a padecer determinadas consecuencias de determinados eventos. Pudiendo ser diferenciada como vulnerabilidad personal, biológica o psicológica; familiar, cultural y social. Al relacionar el concepto con el asunto drogas, podemos entender que el individuo o grupo es vulnerable al presentarse en su entorno familiar, barrial, etc. mayores probabilidades de experimentar dificultades relacionadas con la vinculación al consumo de drogas. (Senda, opcit)

Para el MIDEPLAN, (citado por Senda, *ibid*) *“la vulnerabilidad social es la que mayormente se vincula y se entenderá como la situación de desprotección social, de inseguridad e indefensión en las condiciones de vida de las personas o grupos de personas”*

Bajo esta afirmación podemos otorgar al estado la responsabilidad de protección de las personas, frente a la presencia de diversos escenarios de vulnerabilidad que perjudiquen un adecuado desarrollo de estas. Así como frente a la necesidad de corregir o mejorar situaciones de vulnerabilidad personal, a través de acceso a salud o cultural con acceso a educación de calidad. En consecuencia el concepto de vulnerabilidad es determinante en el diseño de políticas públicas.

El riesgo es un concepto que comúnmente se asocia al de vulnerabilidad e incluso empleados como sinónimos, sin embargo podemos diferenciar al reconocer el riesgo como la posibilidad de ocurrencia de un fenómeno negativo. Para el caso de las drogas se entiende el riesgo de consumo como la probabilidad de un individuo o grupo en relación a determinadas variables, pudiera incurrir en el consumo de drogas. Los riesgos en el ámbito de drogas pueden presentarse como factores de riesgo que llevarían al consumo, o en un consumo experimental el riesgo a transformarse en abuso o dependencia. (*Ibid*)

La identificación de los grados de vulnerabilidad, así como los factores de riesgos presentes en las familias y contextos sociales de una población específica, desde esta visión, resultarían determinantes en la elaboración de políticas públicas que generen instancias de resguardo, con objetivos transversales de contención para la población en cuanto a la posibilidad de que la existencias de estas situaciones pudiesen poner en peligro el adecuado desarrollo de las personas.

Si bien queda en evidencia que la vulnerabilidad y riesgo pueden tener un carácter personal al presentarse como un problema biológico o de salud mental, de todas

formas es de responsabilidad del estado disponer de instancias que contribuyan a mejorar o eliminar estas situaciones.

4. Prevalencia de Drogas en el Mundo

A nivel mundial el fenómeno del consumo de drogas es y seguirá siendo un tema gravísimo por muchos años, la variación en el consumo de una u otra registra en mayor número avance que retroceso a nivel planetario que sin duda tiene una explicación ligada a razones económicas y de políticas de control de la población que por un verdadero y concreto objetivo de contribución frente al uso problemático de estas por las personas.

La prevalencia del uso de drogas entrega negativas cifras relativas al éxito de las políticas utilizadas mundialmente en su combate, situación que por desgracia, aún luego de muchas décadas de la implantación del modelo de control a través de la penalización al consumo por sobre otros frentes de mayor connotación, sigue siendo utilizado por los países de las Naciones Unidas repitiendo resultados que no alientan su continuidad e ignorando la búsqueda de alternativas de manejo, quizás orientados por intereses distintos al que supuestamente se enfrenta.

El escenario en nuestro país, como buen integrante de las Naciones Unidas, no dicta diferencias al problema a nivel mundial y en los últimos años puede presentar modificaciones en algún nivel para el consumo de una u otra droga, pero en forma categórica no presenta variaciones posibles de identificar como logro o fracaso manteniendo el problema con de gran preocupación, en especial por las cifras relacionadas al consumo adolescente y juvenil. En la misma dirección, la legislación nacional enfoca sus esfuerzos principalmente en la penalización del consumo y la rehabilitación, un dato no menor es la dependencia ministerial de SENDA que

responde al Ministerio del Interior y no a Salud como se esperaría, por sobre las políticas de prevención y tráfico.

Las estadísticas a nivel mundial muestran que las drogas tradicionales como heroína y cocaína disminuirían en la prevalencia en algunas zonas del globo, el aumento se encontraría principalmente en el uso y abuso de medicamentos recetados y nuevas sustancias psicoactivas.

Puntualmente respecto al uso de cocaína este disminuye en Europa mientras que aumenta en Latinoamérica y Asia. Las drogas inyectables presentarán una disminución considerable, los datos recogidos en 2011, revelan a 14 millones de consumidores de este tipo de sustancia a nivel mundial, con un 1,6 millones de consumidores portadores de VIH. Esto es, en comparación a los datos anteriormente tomados (2008), una disminución del 12% de las personas con consumo de drogas inyectables y un 46% menor al número de consumidores que a su vez eran portadores de VIH. (ONUDD, 2013)

En lo referido a incautación de cocaína esta sigue siendo liderada por Colombia, en una estimación de 200 toneladas, seguida por Estados Unidos con 96 toneladas. El consumo de esta sustancia habría disminuido en Estados Unidos (mayor mercado a nivel mundial) y se registra un mayor aumento de las incauciones en Asia, Oceanía y en América Central y Sur. (Ibid)

La prevalencia del consumo de anfetamínicos, excluyendo el éxtasis, se extiende en todo el mundo, con señales de aumento. Se estima que para el año 2011 que el 0,7% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido esta sustancia en el año inmediatamente anterior. Es decir, alrededor de 33,8 millones de personas. El

consumo de éxtasis en 2011 sería más bajo que el registrado en el año 2009, sin embargo, las incautaciones a nivel mundial aumentan de 60 toneladas en 2005, 74 toneladas en 2010 y a 123 toneladas en 2011, situación que se contradice totalmente con la disminución en su prevalencia de consumo. Las metanfetaminas lideran el consumo de estimulantes anfetamínicos, predominando en Asia oriental y sudoriental, aunque con una disminución de un 9% en comparación con el año 2010. (Ibid)

En cuanto al consumo de marihuana, droga que sigue siendo la más consumida a nivel mundial, registra un aumento en la prevalencia de consumidores equivalente a un 3,9% de la población de entre 15 a 64 años, esto es 180,6 millones de personas consumidoras. (Ibid)

Es importante destacar por sobre las cifras entregadas en los párrafos anteriores, contrario al mito presente en nuestra sociedad respecto a la escala que se produce en el consumo de drogas, relacionando el consumo de una sustancia en baja frecuencia y cantidad, con el avance al aumento de frecuencia y consumo o en su defecto el cambio por una droga mayor, esto es totalmente desmentido por los estudios que se ha realizado a nivel nacional y en el mundo.

El mayor porcentaje de sujetos que inician el consumo de una droga la abandona totalmente o mantiene una frecuencia de consumo recreativo hasta cierta edad en la vida adulta y solo una pequeña cantidad de personas se mantendría con el consumo y menos aún es el porcentaje que avanza a una droga de mayor impacto. Es también reflejado en los estudios realizados que mientras mayor es el grado de toxicidad de una sustancia menor es la vinculación con ese tipo de droga. (CONACE, opcit)

El escenario aquí presentado ratifica de forma severa la importante presencia de las drogas a nivel mundial. El consumo histórico de algunas y la incorporación permanente de nuevas sustancias psicoactivas en todo el planeta representan un mercado ilícito pero comercial de alto nivel, el que sin duda alguna frena los intereses de combatir desde todos los frentes este gran problema. La utilización de la droga por los estados como una cortina que posibilita la introducción de políticas represivas de control es del mismo modo otro de los agentes que confunde y divide las fuerzas para un correcto manejo, ejemplo de ello es lo presentado en el párrafo anterior respecto al mito de la escalada del consumo.

5. Políticas Mundiales sobre Drogas

Los antecedentes relativos al actual uso de drogas en el mundo revelan, en líneas generales, una mantención de la situación respecto a este fenómeno. Esto es posible de entender rápidamente como un fracaso de los esfuerzos por modificar el acontecer mundial frente al problema. Sin embargo las políticas que legislan hoy el consumo de drogas no han variado de forma considerable en los acuerdos tomados por los firmantes de Naciones Unidas. Situación que no deja en buen pie a la insistencia por promover el paradigma de “un mundo libre de Drogas” y todos los esfuerzos de muchas décadas en esa línea que no han significados cambios de relevancia en la situación actual.

La convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de diciembre de 1988, es el acuerdo que ratifican las naciones uniformando los criterios de manejo de la temática en cada nación.

Según el análisis realizado por González Zorrilla (2001) la convención está enfocada a un accionar de penalización del consumo primeramente y desde esta atacar el

tráfico. Para la convención de 1988, el problema “profundo” de la droga es la alta demanda que existe por las sustancias y atacando este problema a través de criminalización del consumo y ofrecer terapias rehabilitadoras para los usuarios se pretende disminuir la oferta del producto, es decir, no se justificaría una producción importante de sustancias si la población mundial no estuviera dispuesta a consumirla. Desde una postura comercial es una visión totalmente aceptada, “a mayor demanda mayor oferta” “si disminuye la demanda también lo hará la oferta” pero ¿es correcto interpretar de este modo el problema drogas en el mundo?

Desde un análisis social es imposible visibilizar el problema “profundo” de la droga en el mundo como solo la demanda por el producto, desde esta posición estaríamos asignado solo un carácter recreativo al consumo donde el usuario de sustancias demanda esta mercancía como cualquier otra, dejando de lado los riesgos que llevan a muchos a involucrarse en un consumo problemático víctimas de un sin número de factores tanto individuales, familiares y socioculturales que movilizarían esta relación.

SEGUNDA PARTE

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO III

CARACTERIZACIÓN DEL FENÓMENO DROGAS EN CHILE

Los antecedentes sobre consumo de drogas a nivel nacional estudiados son los entregados cada dos años por el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol SENDA, organismo dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Siendo este el único estudio de connotación nacional que mide el consumo de drogas en población adolescente y juvenil total sin diferencial grupos específicos dentro de esta población. Cabe destacar que otros estudios existentes en relación al consumo de drogas en esta población, realizados por el gobierno, instituciones de educación privadas y públicas, entre otras, realizan cortes en la población ligados a otras variables como comisión de delitos, institucionalización u otras, haciéndolos de escasa utilidad para este estudio que se enfoca en población adolescentes y juvenil general usuaria de drogas.

En octubre del año 2013 SENDA ha publicado el Décimo Estudio de Drogas en Población General (SENDA, 2013), considerando solo resultados generales.

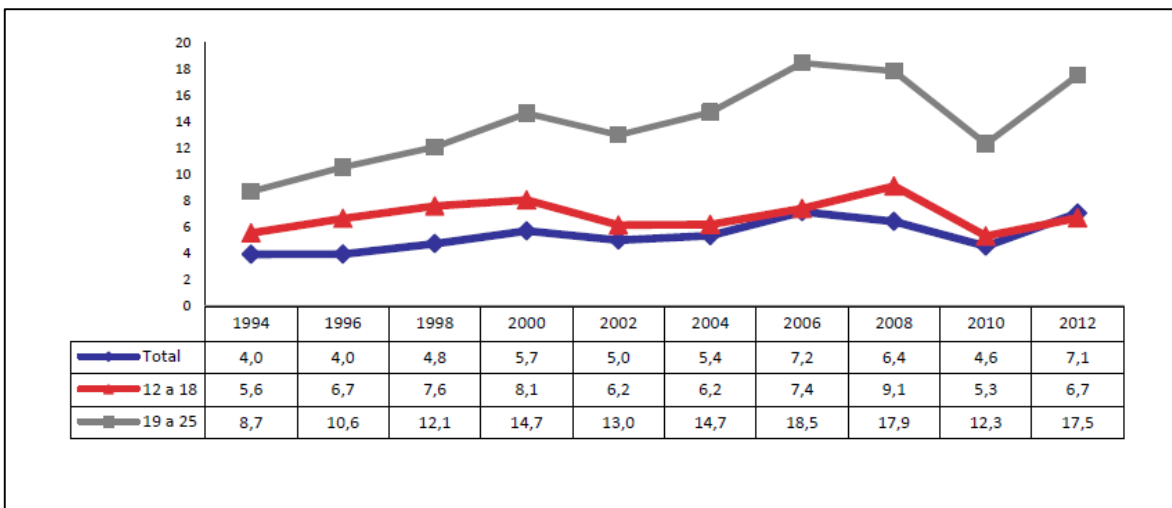
1 Consumo de Drogas a Nivel Nacional

El consumo de THC en adolescentes y jóvenes registra una variación a nivel nacional al alza entre los últimos dos estudios y un especial avance en el consumo de jóvenes, situación que retrocede a los niveles alcanzados en el estudio del año 2008, esto demuestra la importante fuerza que sigue manteniendo el problema del consumo en nuestro país. (Ibid)

En el caso del consumo de pasta base y cocaína las cifras son más alentadoras al no registrar variaciones mayores a 1 punto porcentual con tendencia a la baja en población general, salvo el caso de la población juvenil con consumo de cocaína que registra un aumento de un 30% a lo registrado en el estudio anterior. Respecto al consumo de alcohol se observa una estabilización en ambos segmentos. (Ibid)

En cuanto a la diferenciación de consumos por niveles socioeconómicos la variación observada en el último estudio es de 0,5 puntos porcentuales, muy diferente a lo presentado en el 2008 que marcaba una tendencia de 1 punto a favor del consumo en el nivel socioeconómico bajo.

Gráfico N° 1
Evolución de la prevalencia de consumo de marihuana en el último año.
Total, adolescentes y jóvenes, 1994-2012



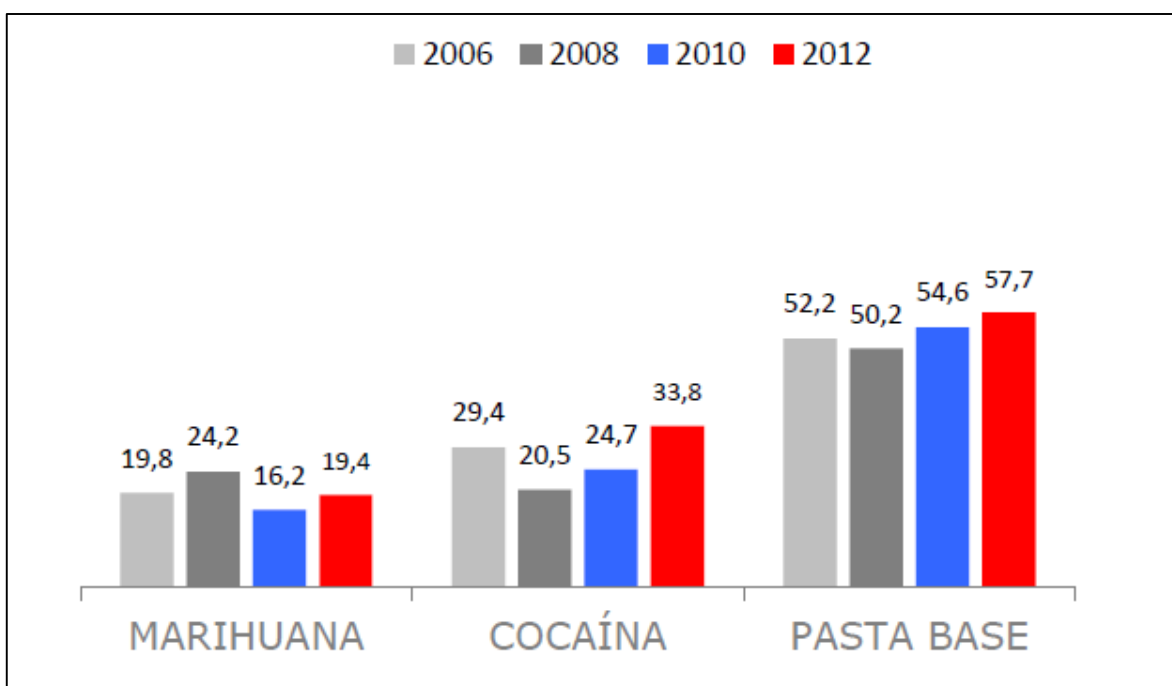
Fuente: (SENDA, 2013)

Respecto a los niveles de dependencia a sustancias, es notoriamente mayor la relacionada al consumo de pasta base de cocaína, considerando además un importante aumento de la dependencia a la cocaína en los últimos tres estudios.

Para el caso de la dependencia a la marihuana la variación no es de relevancia aunque si con tendencia al alza, el estudio hace hincapié en la percepción del riesgo referente al consumo de THC en donde la población muestra una disminución de este. (Ibid)

GRÁFICO N° 2

Estimaciones de dependencia a drogas según criterios CIE-10 entre consumidores de último año, 2006-2012



Fuente: SENDA. 2013

Los resultados del estudio reflejan un aumento en la frecuencia del consumo para estas tres drogas, hoy drogas ilícitas de mayor uso en adolescentes y jóvenes, aunque esta variación no es de significancia en la comparación de los últimos dos estudios. (Ibid)

Es importante mencionar, la dificultad en la obtención de información específica del consumo de drogas en la comuna de La Granja, con estadísticas actualizadas de los últimos estudios realizados a nivel nacional. Esta información fue solicitada a SENDA según el procedimiento establecido por dicha institución, esto es, a través su página web llenando formularios de entrega de información, tanto personal del investigador como referida a la finalidad del estudio, además de aceptar las condiciones impuestas para el uso de la información. Luego de tres intentos no fue posible recibir respuesta satisfactoria, limitándose la institución a informar la recepción de todas las solicitudes vía correo electrónico.

2 Ley de Drogas

La ley N° 20.000, conocida como “la Ley de drogas”, instrumento legal que establece la normativa que penaliza el tráfico de estupefacientes o sicotrópicos ilícitos, sustancias capaces de producir dependencia física o psíquica y graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud. (Biblioteca Congreso Nacional, 2013)

Esta normativa sanciona la elaboración, fabricación, transformación, preparación o extracción de sustancias de este tipo, al igual a quienes tengan en su poder instrumentación, materiales o equipamiento destinados a su elaboración. (Ibid)

El cultivo o cosecha de plantas del género cannabis arriesga a quien cometiera este delito multas entre 40 y 400 UTM y prisión de 3 a 20 años, a menos que demuestre que serán utilizadas para consumo personal y próximo en el tiempo. En este caso las sanciones aplicables responden a las mismas establecidas para el consumo en la vía pública, salvo que demuestre que su tenencia responde a un tratamiento médico. (Ibid)

En consideración al párrafo precedente, es importante mencionar que nuestra legislación no autoriza el uso terapéutico de la marihuana y paradójicamente si puede ser considerado como una atenuante utilizable ante un tribunal, aunque en varias oportunidades se ha intentado cambiar esta situación. En agosto de 2012 senadores ingresaron a trámite una modificación que permitiera el cultivo a personas mayores de edad con finalidad de consumo recreativo y/o terapéutico, y que despenalizara el porte de la droga en una cantidad por definir pero al igual que otras iniciativas presentadas en 2005 y 2010 no fueron aprobadas. En el año 2009 un grupo de diputados presentaron un proyecto que permitía el uso terapéutico de la marihuana, autorizando a usuarios de marihuana en forma medicinal el cultivo de una planta con esta finalidad, y a la vez endurecía las penas al microtráfico, sin embargo este proyecto sigue estancado en primer trámite. (Ibid)

Se entenderá que cometen el delito de tráfico de drogas, quienes sin tener autorización, importen, exporten, transporten, adquieran, transfieran, sustraigan, posean, suministren, guarden o porten la droga. En tanto, el microtráfico se entiende como el tráfico de pequeñas cantidades para venta inmediata a los consumidores”. (Ibid: 1)

Un estudio comparativo elaborado por la Biblioteca del Congreso Nacional en agosto de 2012, muestra la realidad del uso personal o terapéutico de marihuana en países como Holanda, Estados Unidos, Bélgica, Portugal, Luxemburgo, Reino Unido, Suiza, Canadá y Argentina, en donde se concluyen fracasos en políticas de control de drogas y los supuestos beneficios que el THC pudiera brindar a quienes hacen uso terapéutico de esta sustancia. Los países han continuado en la búsqueda de maneras de enfrentar la penalización o criminalización de la marihuana. Holanda, país que ha autorizado la venta de pequeñas cantidades de marihuana en lugares específicos (coffee shops) no ha despenalizado la droga y continua siendo perseguida su comercialización fuera de estos lugares establecidos por ley. El

estudio concluye que en la Unión Europea puede observarse que existe una tendencia al desarrollo de medidas alternativas a la persecución penal para el uso o porte de pequeñas cantidades de marihuana siempre que no existan circunstancias agravantes. (Ibid)

La normativa nacional si bien, persiste en la penalización del consumo de drogas, alegando con respaldo importante a nivel científico y social de los daños que esta produce, existen voces cada vez de mayor fuerza hacia la despenalización del consumo y cultivo de la marihuana. Sin embargo es importante destacar una clara diferenciación en cuanto al uso y restricción legal en el caso de la cannabis sativa, droga que cada vez es reconocida por la población con menor riesgo en su consumo. Situación que en nuestro país es muy cuestionable debido al escaso consumo de esta sustancia en su estado natural, la ingesta de marihuana por nuestra juventud en los estratos sociales bajo y medio se caracteriza por el consumo de la variedad prensada, en donde el daño no es exclusivo por las consecuencias del THC (compuesto activo de la cannabis) sino que en combinación con un número inespecífico de otros agentes químicos que la componen.

3 Antecedentes de la Comuna La Granja

La comuna de La Granja se crea en 1892, con Publicación el Diario Oficial el 18 de noviembre del mencionado año. Su territorio era de 4.756 Has. que pertenecieron a Bernardo O'Higgins y fueron cedidas, en parte, a los Padres Franciscanos en el año 1821 a cambio de otras tierras que estos poseían en el centro de la actual capital regional. El nombre de la comuna se debería a uno de los primeros dueños de los terrenos, español que habría nombrado al sector del mismo modo que su ciudad en España. Durante el año 1925 se crea la comuna de La Cisterna absorbiendo gran

parte del territorio de La Granja. Y es en 1939 que se logra volver a inaugurar la comuna de La Granja. (I. Municipalidad de la Granja. 2013)

En la actualidad la comuna tiene una superficie de 10,20 Km², correspondientes al 0,07% de la región Metropolitana y se encuentra ubicada al sur-oriente de esta. Los límites comunales son al norte con la comuna de San Joaquín, al sur La Pintana, al oriente La Florida y San Ramón por el poniente. A su vez, se encuentra dividida en 17 unidades vecinales. (Ibid)

Según datos censales del año 2002 la comuna estaba integrada por 133.520 habitantes que habría sufrido un descenso a 121.833 personas. (Censo 2012)

La población menor a 14 años correspondería a 25.631 personas, mientras que la población entre 15 y 29 años ascendería a 30.584, según antecedentes aportados Censo 2002 y Proyección de Población 2012 del Instituto Nacional de Estadísticas. (Congreso Nacional de Chile, 2012)

Es posible identificar a la Comuna de La Granja dentro del promedio de las comunas de la Región Metropolitana compartiendo importantes problemas sociales, uno de ellos es la densidad, representa una proporción de terreno ínfima versus una alta población, mientras que su ubicación en la región es en un sector en donde las comunas colindantes presentan muy similares problemáticas agravando así la necesidad de contar con programas de acompañamiento tanto en lo preventivo como curativo frente a muchos factores de riesgos existentes resultado de las problemáticas mencionadas.

4 Caracterización de la Población a Nivel Comunal

Los antecedentes aportados por el Reporte Comunal de la Biblioteca del Congreso Nacional, caracterizan a las familias de la comuna La Granja con el 94% de la población menor de 65 años y el 46% de esta menor de 29 años. Población que en un 98% no se reconoce como parte de una etnia y el 65% de ella se declara de religión católica. Según la encuesta CASEN (2011) en los datos publicados en el Reporte Comunal indican que el 86% de la población clasificarían como no pobres y solo el 1,9% se contraría en la clasificación de indigencia. El porcentaje de familias con mujeres jefas de hogar es de un 41% de los hogares a nivel comunal y el hacinamiento no superaría el 12%. En cuanto a la tenencia de las viviendas, sobre el 75% de las familias habita vivienda propia o propia con deuda y un 11% es arrendataria. El tipo de vivienda en un 97% es casa, el 88% de estas se encontraría en un nivel de calidad aceptable. La población beneficiaria de FONASA es equivalente al 83%. La comuna no cuenta con hospital existiendo a su vez, 10 centros de salud ambulatorios. Respecto a la escolaridad, el promedio en la comuna al año 2011 es de 10,5 años, cifra equivalente al promedio nacional e inferior en 1 punto porcentual al promedio regional. Al mismo año, el 34% de la población manifiesta tener enseñanza media completa, un 6% superior completa y un 1,9% no tener escolaridad. (ibid)

En cuanto a seguridad pública, en relación al consumo de drogas ilícitas el Informe de Victimización elaborado por el Departamento de Estudios y Estadísticas Subsecretaría de Prevención del Delito, dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, presentado durante el año 2011, en la comuna los organismos de control policial informaron un total de 1192 procedimientos (que equivalen al 4,2% del total regional), y 2231 detenciones (equivalentes al 4,8% del total regional) en materia de infracción a la ley de drogas. Respecto al año 2010 los procedimientos

en la comuna disminuyen en un 31,5%, mientras que en la región disminuyen solo un 4,9% y a nivel país estos incrementan en un 3,8%. Derivados de estos procedimientos policiales, las mayores incautaciones de drogas corresponden a medicamentos y plantas de marihuana. En comparación informes 2010 – 2011 todas las drogas incautadas registran disminución a excepción de la marihuana que en conjunto, marihuana prensada y plantas de marihuana, registran un aumento en la incautación correspondiente a un 127%. El mayor número de detenciones corresponde a porte y tráfico con un 74,8% y 14,1% respectivamente, En el caso del tráfico en comparación 2010 - 2012 existe un aumento del 9,8%, mientras que las detenciones por consumo aumentan en un 5,8%. (Ministerio del Interior, 2012)

Los antecedentes expuestos caracterizan a la población comunal muy cercana a la media regional en cuanto a niveles de educación y diferenciándose en cuanto a la clasificación de pobreza, situación posible de refutar en comparación a otros informes de gobierno. Es importante destacar las cifras de delitos vinculados a la Ley de Drogas en la Comuna y en especial lo relacionado a la presencia de drogas y el aumento del uso de marihuana en sus diferentes formas de comercialización.

5 Antecedentes Institucionales

El Centro de Atención Integral en Drogas “CAID LA Granja”, es dependiente del departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de La Granja, por su especialización en drogodependencia juvenil se encuentra en nivel secundario de atención de salud, su funcionamiento es con financiamiento externo, a través de convenios con la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y Servicio Nacional de Drogas y Alcohol. Hoy el programa cubre cerca de 600 plazas en sus diferentes programas, se encuentran ubicados en la Población San Gregorio,

prestando servicios, además de la comuna de la cual depende, a usuarios de las comunas de La Pintana, San Ramón y sectores aledaños a las comunas de La Florida y San Joaquín. (CAID La Granja, 2013)

CAID La Granja funciona desde el año 1998 en modalidad de Comunidad Residencial de Jóvenes Varones, a partir del año 2000 modifica su público objetivo a población mixta. Durante el año 2004 suscribe convenio con el Servicio Nacional de Menores para el tratamiento y rehabilitación en Problemática de consumo de sustancias en modalidad ambulatoria con niños y jóvenes menores de 18 años. Posteriormente en 2006 firma convenio con SSMSO para tratamiento y rehabilitación de menores de 20 años que presentan consumo prejudicial de droga, recibiendo financiamiento a través del Ministerio de Salud. Durante 2007 se incluye a este convenio con SENDA bajo ley de Responsabilidad Penal Juvenil atención a población. (Ibid)

Los programas que en el presente año incluye CAID La Granja son los siguientes.

Plan Ambulatorio Básico (GES)

Programa destinado a personas de ambos sexos menores de 20 años que presenten consumo problemático drogas con riesgo leve o moderado, con actividad parcial o total, inscritos en la comuna en Atención Primaria de Salud que no presenten patología dual y exista familia que los acompañe. El tratamiento tiene una duración de 6 meses dividido en dos fases: Tratamiento Inicial y Tratamiento de Refuerzo

Plan Ambulatorio Intensivo (PPV)

Programa destinado a personas de ambos sexos menores de 20 años que presenten consumo problemático de drogas con riesgo de moderado a

severo, que no mantienen actividad ocupacional. Pueden presentar enfermedad mental asociada moderada o severa y su familia es considerada como multiproblemática.

Plan Ambulatorio Intensivo Infractor de Ley (MAI-PAI)

El perfil del usuario para este programa es, personas de ambos sexos, con o sin patología dual, que presenten consumo problemático de drogas con nivel de riesgo de moderado a severo, con domicilio en las comunas de La Granja, San Ramón, La Pintana, San Joaquín y otras. Y hayan sido sancionados por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente 20.084: PLA, PLE, CML, Semi Cerrado o Suspensión Condicional del Procedimiento. Su tratamiento tiene una duración de 12 meses.

Plan Comunitario

Programa destinado a usuarios de ambos sexos, menores de 20 años, que presenten o se presuma consumo problemático de drogas en niveles leve, moderado o severo, con domicilio en la comuna de La Ganja y pertenezcan a familias multiproblemáticas presentes con dificultad de apoyo. (Ibid)

6 Perfil del Usuario

La información del perfil de las y los jóvenes usuarios del CAID La Granja, en base a los datos registrados por dicho dispositivo en las bases de datos SIGGES (MISAL) y SISTRAT (SENDA) detalla como edad promedio de ingreso a tratamiento los 16 años con 8 meses, una edad mínima de ingreso de 10 años y máxima de 20,

mayoritariamente la población atendida comprende el rango entre los 16 y 18 años. En cuanto a género es población masculina en un 66% de los casos.

Aunque el dispositivo atiende a la población de varias comunas ya informadas, el 63% de los ingresos corresponde a habitantes de la comuna que dirige el Centro.

Desde el área socio ocupacional aproximadamente el 62% de los usuarios no registra ocupación, en el porcentaje restante la ocupación es principalmente escolar. Al ingreso al Centro el 41% de la población atendida se encuentra escolarizada. La deserción escolar es promediada en 2 años fuera del sistema, siendo su principal motivo problemas conductuales y de incumplimiento de normas internas de los establecimientos educacionales. Solo un 6% de los usuarios cumple con 12 años de educación obligatoria y el 34% tiene enseñanza básica completa. Los niveles de deserción con mayores promedios en esta población es en 5° y 7° año básico y 1° medio en una incidencia de 35 y 23% respectivamente.

La información anterior se relaciona con las edades de inicio de consumo de drogas, que en un 53% de los usuarios es entre los 12 y 13 años, mientras que un 25% de los casos ha iniciado el consumo en edades inferiores a estas. En cuanto al tipo de droga consumida en un 69% de los casos en la marihuana (THC), seguida por la pasta base de cocaína (PBC) en un 22% y el clorhidrato de cocaína (COC) en un 11%. El 70% de los usuarios al ingreso presenta policonsumo de sustancias. (Ibid)

El escenario presentado por los antecedentes recogidos desde la institución en donde se realiza el estudio en cuanto al perfil del usuario refleja la importancia de la existencia de programas preventivos y de tratamiento para esta población, así como la necesaria revisión de las estrategias de intervención llevadas a efecto para modificar las estadísticas actuales.

7 Antecedentes de Consumo de Drogas en la Comuna de La Granja

La información disponible referente al consumo de drogas en la comuna de La Granja según los procedimientos policiales por infracción a la ley de drogas durante el año 2011, registran un total de 949 procedimientos, que en porcentaje comparativo a nivel regional equivalen a un 3,3% del total a nivel metropolitano, con resultado de 1493 detenciones. (Ministerio del Interior, 2012)

Es importante destacar que el año 2011 las cifras muestran una disminución de los procedimientos policiales de un 34,3% en la comuna en comparación al año 2010, al igual que a nivel regional donde se registra una disminución de un 4,9%, mientras que el país presenta un incremento de un 3,8% de aumento por este tipo de infracciones. (Ibid)

Como resultado de estos procedimientos la incautación de droga corresponde principalmente a pasta base cocaína y fármacos. En comparación al año 2010 los principales tipos de drogas decomisadas son marihuana prensada y fármacos con incrementos de 58,7 y 645,8 respectivamente. Respecto a las detenciones realizadas por infracción a la ley de drogas durante el año 2011 el 79,8% de ellas corresponde a la figura de porte de droga y el 13,2 a tráfico. En comparación al año 2010 las detenciones por tráfico registran un aumento de un 7,1%. (Ibid)

En cuanto a la población comunal menor de 18 años, según el Banco de Buenas Practicas en Prevención del Delito en América Latina y el Caribe (s/a), aproximadamente el 50% de las niñas, niños y jóvenes que ingresan al Listado 24 Horas de Carabineros de Chile en la comuna de La Granja presentan consumo problemático de drogas y alcohol junto a deserción escolar. En similar importancia

se presenta el bajo nivel socioeconómico de estos y la disfuncionalidad que presentan sus familias. Cabe destacar que dentro de las tres clasificaciones que genera el programa para el perfil de sus usuarios, en todas ellas se encuentra el consumo de drogas como indicador.

En la comuna se registran ingresos a este listado por causas relacionadas al consumo de drogas en diferentes niveles de complejidad en un promedio de 840 casos anualmente, los que representan 655 ingresos y 185 reingresos, el 80% de las detenciones registradas al mes son nuevos casos.

Si bien las niñas, niños y jóvenes ingresados al programa registran domicilio en diferentes puntos de la comuna, se destacan las poblaciones Yungay y San Gregorio con una mayor proporción de casos. Es importante señalar que las estadísticas presentadas por el Banco de Buenas Prácticas en Prevención del Delito en América Latina y el Caribe, para el programa de la comuna de La Granja solo consignan los casos ingresados al Listado 24 Horas de Carabineros de Chile en esta comuna, es decir, existe un número de niños, niñas y jóvenes que al no haber sido detenidos si bien pueden encontrarse en similares problemáticas se desconoce el número que representan. (ibid)

Si bien la información aquí presentada, en cuanto a población general, el porcentaje aportado por la comuna a la tasa regional es bajo, es importante tener en cuenta el escaso alcance demográfico que significa la comuna para la región. Otro antecedente de relevancia es el aumento significativo de casos de tráfico registrado en la comuna, así como que el tipo de drogas con mayor circulación en el territorio, deducido a través de las incautaciones y decomisos, corresponda a marihuana prensada, pasta base y fármacos. Siendo las dos primeras drogas de altísima

toxicidad y bajo costo, mientras que la tercera con un aumento exponencial y un alto riesgo en su consumo y dificultad en su pesquisa por el expedito acceso a ellas.

TERCERA PARTE
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV

CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE DROGAS

Los resultados obtenidos de la aplicación de encuesta a usuarios del Centro de Atención Integral en Drogas se presentan a continuación divididos en tres áreas generales con la finalidad de facilitar la interpretación de los mismos, dando cuenta de la información recogida que entrega los antecedentes requeridos según los indicadores planteados en una de las variables del estudio, que busca indagar en los factores de riesgo en la infancia de adolescentes con consumo actual de drogas.

1 Antecedentes Individuales

El presente punto aporta los resultados obtenidos en el área individual a través de cuadros y gráficos generados con la finalidad de realizar el correspondiente análisis de la información.

Cuadro N° 2

Problemas de salud en la infancia

Valoración	Discapacidad Física	Enfermedad Crónica	Enfermedad Importante	Problema de Salud Mental
No	90%	75%	60%	95%
Si	10%	25%	40%	5%

Fuente: Investigación directa

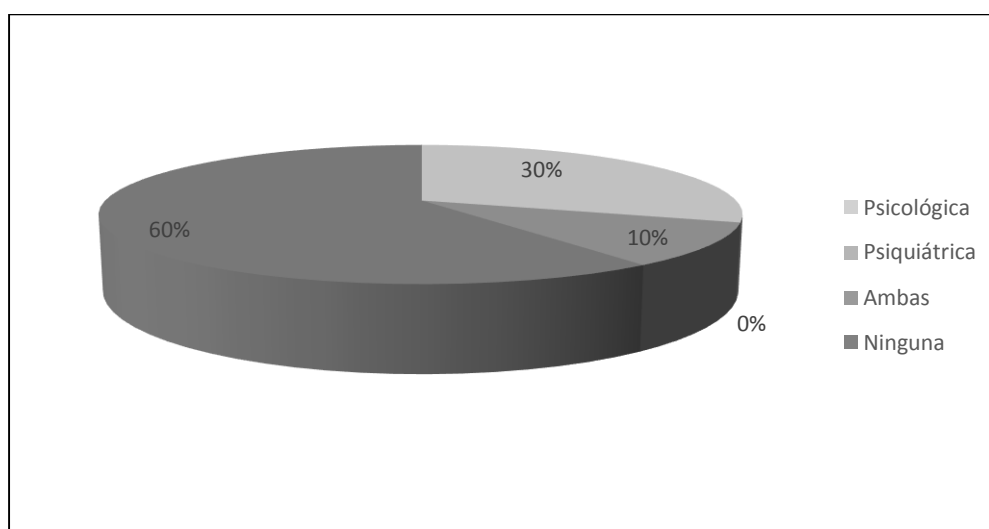
La información aportada por el Cuadro N° 2 permite observar que en cuanto al indicador salud de las y los jóvenes, este no es un factor de importancia que pudiera repercutir en la incursión de consumo de drogas, solo en el ítem enfermedades importantes, se encuentra en el 40% de los casos estudiados, en donde las patologías existentes son relativas a problemas respiratorios, hepatitis, reflujo,

apendicitis y alergias. En el caso de la discapacidad física, problemas existentes son trauma ocular por accidente y una mal formación corregida definitivamente con cirugía. Respecto a las enfermedades crónicas todas son ligadas al sistema respiratorio, asma en 4 de los casos y una deficiencia pulmonar, ninguna de estas con tratamiento durante la adolescencia. En el caso de salud mental se registra un caso en donde el diagnóstico informado es retraso mental leve, según refiere el joven este no fue impedimento para cursar enseñanza básica produciendo abandono del sistema escolar durante la enseñanza media.

No fue posible encontrar información de relevancia respecto a la existencia de relación entre problemas físicos como factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes, por el contrario, los problemas de salud mental, muy escasos en este estudio, si son documentados como factores de riesgos. Características personales; inseguridad, impulsividad, timidez, baja tolerancia a la frustración entre otros junto a trastornos o patologías biológicas son considerados como factores de riesgo a nivel individual. (Florenzano. s/a)

Gráfico N° 3

Antecedentes de atención psicológica y psiquiátrica



Fuente: Investigación directa

La información aportada por el Gráfico N° 3 refiere un 40% de las y los jóvenes reconocen haber tenido atención Psicológica y/o psiquiátrica mientras que solo el 25% refiere conocer el diagnóstico, de este el 15% corresponde a tratamiento de hiperactividad, un caso por duelo y otro por consumo de drogas de sus padres.

Frente al tema del tratamiento farmacológico de la “hiperactividad”, Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad en la infancia y su relación con el consumo de drogas en la adolescencia la comunidad científica mundial se encuentra dividida, en donde existen estudios que aseguran la disminución de riesgo de consumo y otros que postulan el aumento de las posibilidades de generar una comorbilidad debido a que el uso de medicamentos estimulantes podría generar en los usuarios una adicción primeramente a los medicamentos utilizados (metilfenidato, y anfetaminas) que luego el usuario al suspender esta ingesta buscaría el reemplazo de los efectos producidos en otras drogas. Sin embargo como ya he mencionado, la comunidad científica se encuentra dividida y publicaciones como "Medicamentos estimulantes para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH): el metilfenidato y las anfetaminas" del National Institute on Drug Abuse, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos sugiere la necesidad de realizar más estudios en el área, en especial con usuarios que padezcan esta patología y sean tratados terapéuticamente con medicamentos estimulantes. (NIDA, 2009).

Este factor de riesgo identificado en parte minoritaria del grupo de personas estudiadas podría identificarse como un factor de “riesgo individual” desde una mirada biomédica, no compartida por el área psicosocial respecto a la existencia y prevalencia de determinada patología en nuestras niñas y niños, que según opiniones de profesionales del área social con experiencia en trabajo con infancia reconocerían en el diagnóstico de este trastorno utilidad para los profesionales de

educación y medicina para encasillar y condicionar estereotipos conductuales para el manejo de la población infantil.

En cuanto a los otros diagnósticos o motivos de consulta informados por los adolescentes entregan antecedentes de una bajísima respuesta de los sistemas de protección de las y los niños a demandas como son la terapia por duelo y el consumo de drogas por parte de los padres, situación que como veremos próximamente se presentan e importante número en el grupo estudiado.

Cuadro N° 3
Dificultades conductuales

Valoración	Problema de conducta en el hogar	Problema de conducta en el colegio	Consecuencias por conducta en el colegio
No	65%	65%	65%
Si	35%	35%	35%

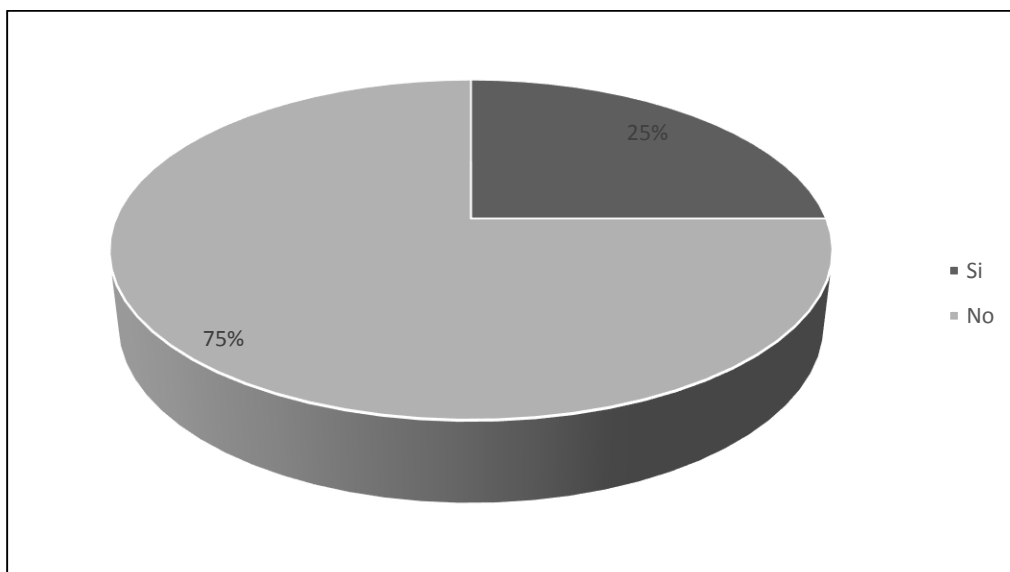
Fuente: Investigación directa

En las tres categorías consultadas las cifras afirmativas están en un 35%, aunque no corresponde a los mismos jóvenes los problemas de conducta en el hogar que en el colegio. Del total de usuarios con dificultades en el colegio el 90% de ellos refiere haber sido expulsado de uno o más colegios mientras que uno de los casos termina con suspensión temporal de clases. Es indudable el aumento del riesgo que significa para las y los jóvenes las políticas de establecimientos educacionales en donde la medida de enfrentar los problemas conductuales de sus alumnos es “deshacerse del problema” eliminándoles de sus instituciones, situación que podría repercutir en la deserción definitiva o temporal del sistema escolar por temor a repetir experiencia de frustración en este ámbito y aumento en la incursión en

actividades distintas a las que pudiesen significar un factor protector debido al contar con mayor tiempo de ocio.

Parece relevante relacionar este punto con lo ya expuesto sobre lo indicado respecto a salud mental por Florenzano, destaca como un factor de riesgo de importancia la baja tolerancia a la frustración, la dificultad en la interacción social y el bajo rendimiento escolar, características atribuibles a jóvenes que atraviesan por dificultades como estas en su proceso escolar. (Florenzano, Opcit.)

Gráfico N° 4
Repitencia en enseñanza básica



Fuente: Investigación directa

Del total de niños que experimenta repitencia en solo un caso es por dos años el resto solo es un curso el que repite, 40% lo hace en primer ciclo, es decir entre 1er y 4to año, un 20% lo hace en segundo ciclo y el restante 40% lo hace en tercer ciclo, que equivale a 7mo y 8vo año de enseñanza básica.

Respecto a años fuera del sistema escolar solo se registran un 10% con jóvenes que pasan por esta dificultad, aludiendo esto un caso a problemas con el colegio y otro que refiere que simplemente no quería estudiar.

En ambos casos es solo un año que estuvieron fuera del colegio. Información respecto a repitencia concuerda con la presentada por CAID La Granja que en cuanto a deserción en enseñanza básica que registra entre 5° y 7° año el mayor número de casos a nivel comunal. (CAID La Granja, 2013)

Respecto a la consulta de posible asistencia a programas alternativos a educación formal no se registran casos.

Este último antecedente sumado junto a los entregados respecto a problemas conductuales si bien está considerado dentro del ámbito personal se liga directamente con el ámbito familiar y también social, la necesidad de soporte frente a estos eventos permite ver la falta de protección en que se encuentran niños y niñas de este grupo en donde la familia primeramente no es capaz de contener afectiva y normativamente a sus hijos para un adecuado desempeño en la socialización y rendimiento académico, situación que en general responde a la repitencia de patrones ya vivenciados por progenitores o adultos responsables en sus propias experiencias de vida.

Cuadro N° 4

Participación en actividades ilícitas

Valoración	Participación en actividades ilícitas	Detenciones
No	85%	90%
Si	15%	10%

Fuente: Investigación directa

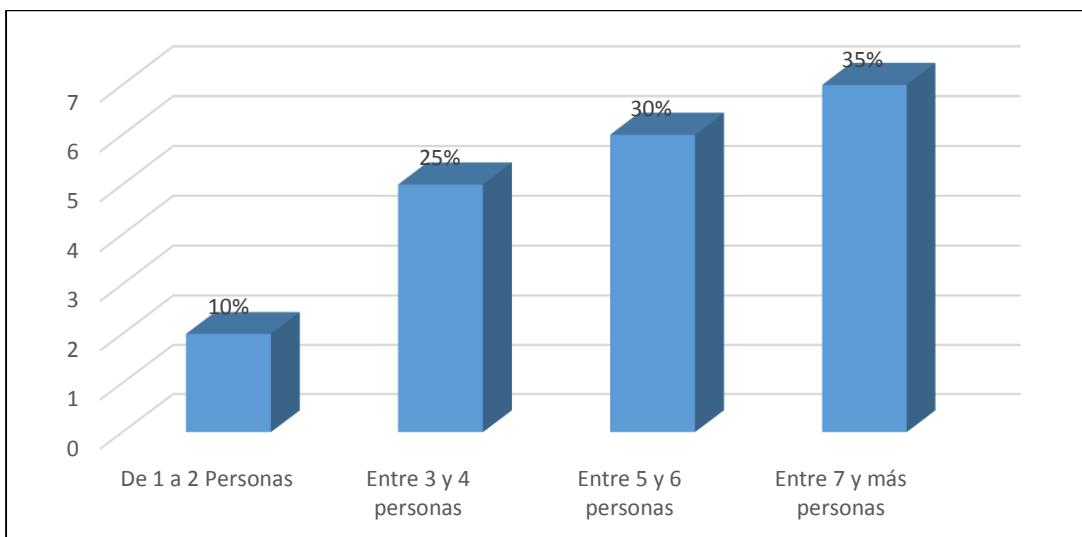
Respecto a las actividades ilícitas realizadas están son robo y consumo de drogas, la primera de estas es la que se transforma en “detención”, situación que se debe a otros agravantes relacionados con el grupo familiar del niño, ya que según informan estas detenciones ocurrieron entre los 10 y 12 años en ambos casos, situación imposible ya que la ley de responsabilidad penal adolescentes determina el discernimiento a los 14 años, en el caso de ser detenidos por carabineros sin otro agravante al robo debieron haber sido entregados a sus padres, a no ser que relacionado a otras problemáticas se dictaminara alguna medida de protección siendo declarado en esta encuesta como detención por los y las adolescentes.

2 Antecedentes Familiares

El presente punto detalla los antecedentes de mayor relevancia obtenidos en el área familiar de las encuestas aplicadas a los usuarios del CAID La Granja junto al correspondiente análisis realizado para esta información.

Gráfico N° 5

Número de integrantes grupo familiar

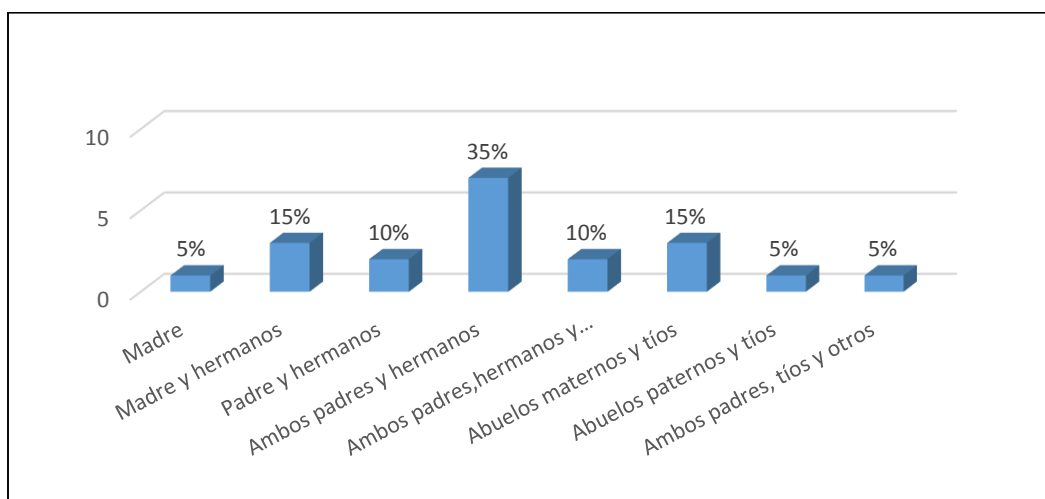


Fuente: Investigación directa

Se observa una alta tendencia a familias numerosas en donde el 65% de los casos declara pertenecer a grupos con más de 5 integrantes y el 90% integran familias con más de 3 personas. Razón que permite inferir un alto porcentaje de hacinamiento.

Gráfico N° 6

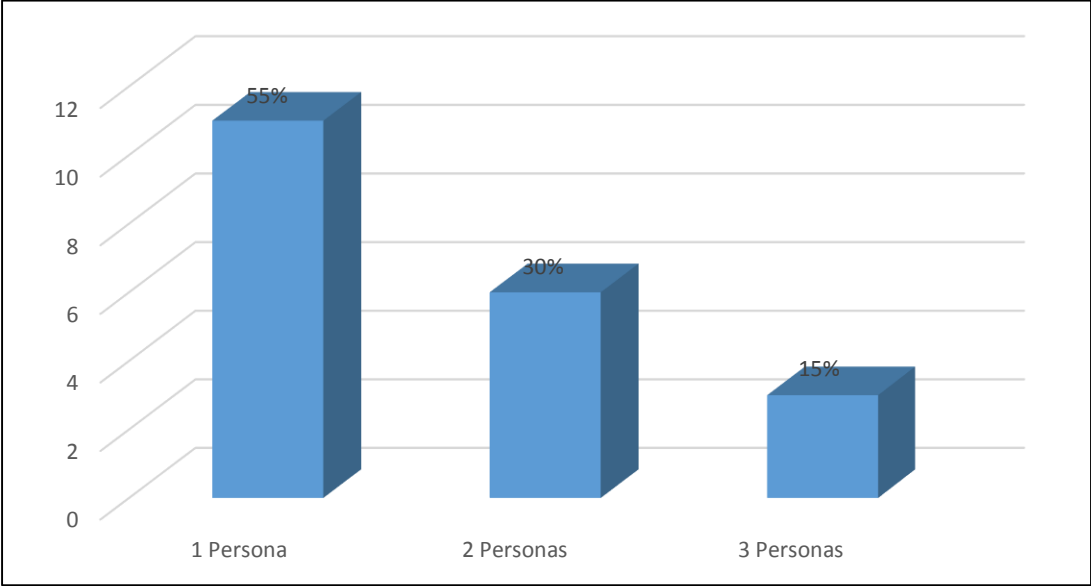
Composición del grupo familiar



Fuente: Investigación directa

La composición de las familias con ambos padres presentes alcanza el 50% de los casos, mientras que las familias de tipo mono parental 30%, los grupos que su composición no incluye a padres alcanzan al 20% de los jóvenes encuestados. Mientas que las familias extensas con ambos padres solo son el 15% de los casos. Esto es, un 70% de familias compuestas por otros ajenos al grupo nuclear, situación que podríamos considerar beneficiosa al observar las posibilidades que ofrece la presencia de familiares extensos dentro del grupo pero en cuanto a los antecedentes relativos a compromiso delictual, económicos y de consumo de sustancias, entre otros, no presentan las características necesarias para que estos grupos sean considerados protectores para los niños y niñas.

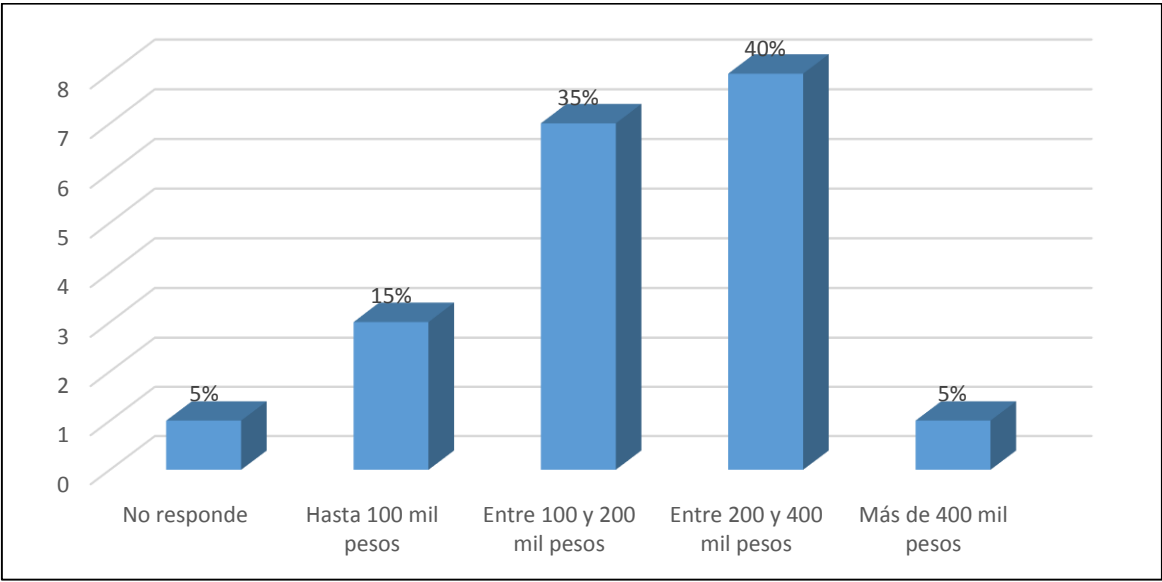
Gráfico N° 7
Número de personas en el hogar con actividad económica



Fuente: Investigación directa

El antecedente aportado por el número de personas con actividad económica en los grupos revisados, 55% de las familias cuentan con un solo ingreso versus el alto número de integrantes permite inferir un bajo nivel de ingresos en la mayor parte de las familias.

Gráfico N° 8
Nivel de ingresos del grupo familiar

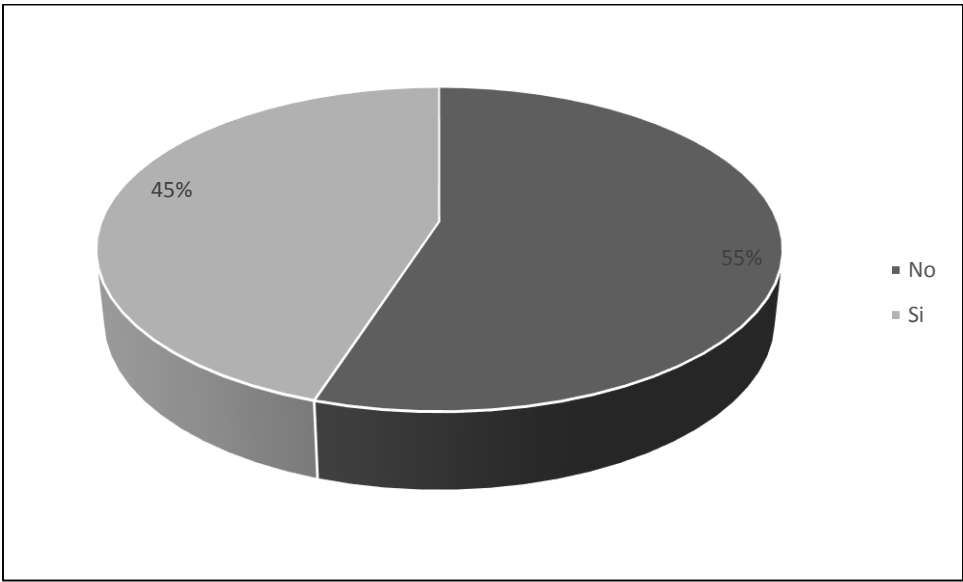


Fuente: Investigación directa

Mientras el 65% de las familias declara estar compuesta por más de 5 integrantes, mientras la media del ingreso del total de los grupos está en los 300 mil pesos confirma la hipótesis de la precariedad económica en las que se encuentran estas familias. Esta situación de pobreza es considerada como un factor relevante de riesgo. Existen tesis que confirman la relación directa entre pobreza y el aumento de probabilidades de vinculación con actividades ilícitas, deserción escolar y disminución de acceso a cultura y educación de calidad, todos estos indicadores relacionados fuertemente con el consumo de drogas. (Rodríguez, 1999)

La comuna de La Granja se encuentra en segundo lugar respecto a pobreza en la Región Metropolitana con un 25,9% de familias en esta condición, superada solo por la comuna de La Pintana 30%. En cuanto a indigencia se encuentran en 7.9% y 6,4% con el segundo y tercer lugar a nivel metropolitano respectivamente. (PNUD, Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, 2012)

Gráfico N° 9
Fallecimiento de familiar dentro del grupo de convivencia



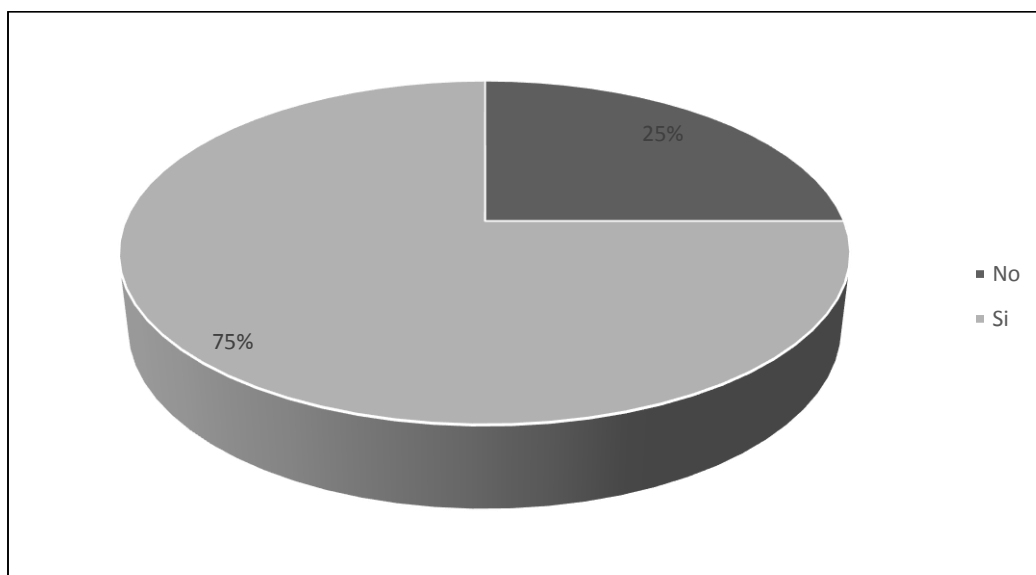
Fuente: Investigación directa

Es significativo el porcentaje de ocurrencia de este evento dentro de las familias estudiadas, sin embargo en solo uno de los casos el niño fue asistido por profesionales del área de salud mental para sobrellevar este problema.

El manejo de los duelos sin correcto soporte de parte de la familia, que por desgracia ya vemos deficiente en este estudio, según especialistas de salud mental, así como las separaciones o pérdidas en general experimentadas por los y las niñas en el grupo familiar son consideradas como un factor de riesgo. Nuevamente, vale la pena

destacar, sin duda están cruzados dramáticamente por la falta de factores protectores familiares y sociales, que en definitiva son los responsables de otorgar a estas personas acceso a instancias que posibiliten sobrellevar de la mejor forma posible estas experiencias.

Gráfico N° 10
Consumo de drogas al interior del grupo familiar

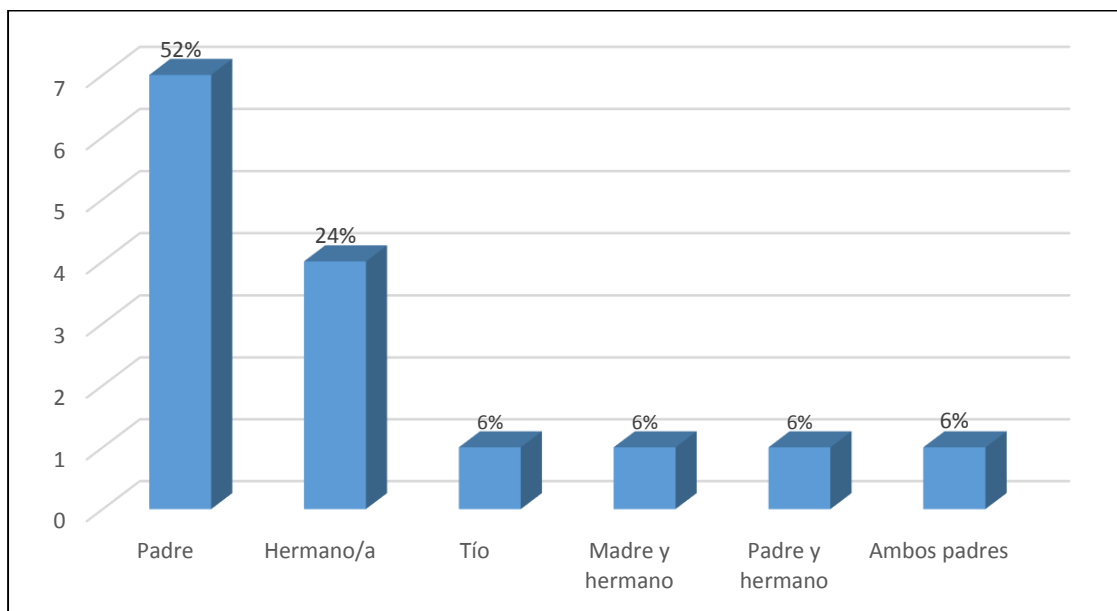


Fuente: Investigación directa

Es relevante el nivel de incidencia de consumo de sustancias al interior de las familias encuestadas, situación que presentaría un factor de riesgo importante para el niño, por el evidente aumento de posibilidades de ocurrencia de eventos negligentes en los cuidados personales de este, así como el aumento de situaciones de riesgo por la presencia de consumo como práctica común y de algún modo normalizada dentro del grupo familiar. Agravando el grado de vulnerabilidad de los hijos en la posterior réplica o imitación de estas conductas. Es posible hipotétizar que en presencia de familiares directos con consumo de sustancias psicoactivas aumentan las posibilidades del niño de experimentar consumos de estas

sustancias, y al mismo tiempo disminuirían los factores protectores al interior del grupo para prevenir esta y otras situaciones de riesgo.

Gráfico N° 11
Parentesco con familiar consumidor



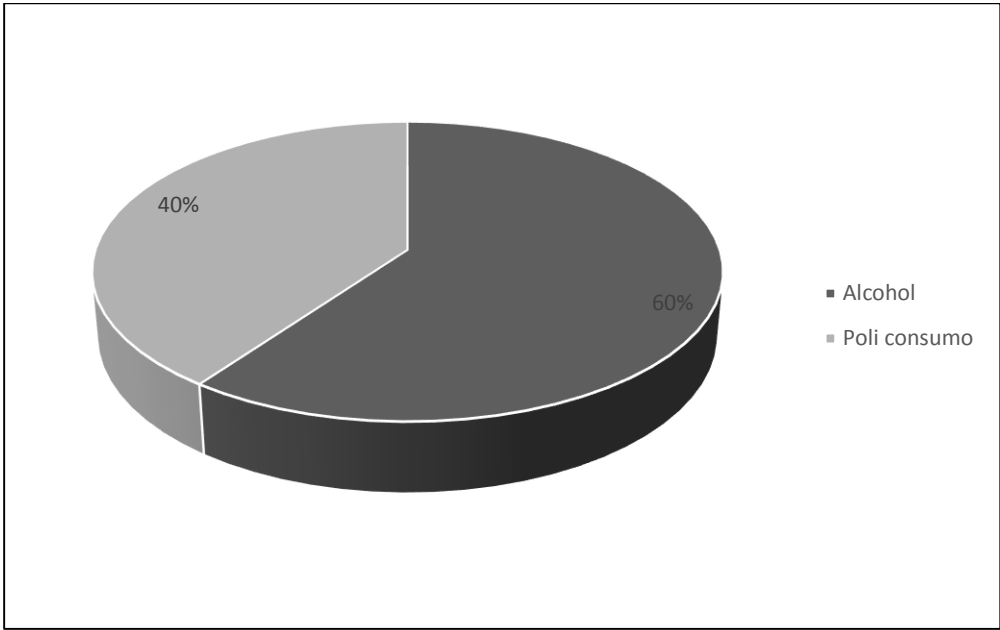
Fuente: Investigación directa

El 46% de los casos con consumo al interior del grupo familiar corresponden solo al padre, seguido por un 27% con consumo solo de hermano o hermana. Es destacable que solo en un 14% es la madre la adicta y en total el padre se encuentra con consumo en el 60% de las familias. La presencia de hermano o hermana con adicción a drogas es de 41% y las familias con más de un consumidor en el grupo alcanzan el 21%.

Es importante destacar que con un nivel del 73% de familias con consumo de drogas por parte de al menos un integrante, mientras que en solo 1 caso el niño recibe atención de profesionales del área de salud mental para enfrentar esta vulneración,

dejando ver en esto la falta de atención de las redes más cercanas a los niños, como son las familia y la escuela en cuanto a no posibilitar instancias de apoyo para enfrenta esta dificultad para su desarrollo. Aún más grave cuando, como muestra el gráfico siguiente, el tipo de adicción es un alto porcentaje de múltiples sustancias y con un también alto índice en la gravedad del consumo.

Gráfico N° 12
Tipo de adicción

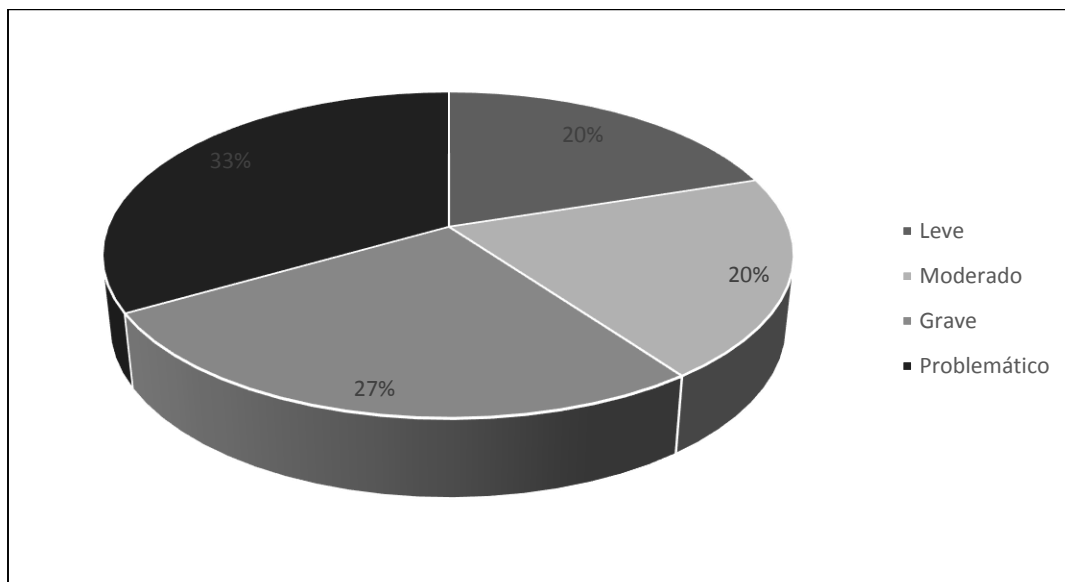


Fuente: Investigación directa

En todos los casos de policonsumo se incluye el alcohol dentro de las drogas utilizadas, para el caso de las drogas ilícitas las de mayor prevalencia son marihuana, pasta base de cocaína y cocaína. Es importante señalar que aunque se mencionan otras drogas en la encuesta en ninguno de los casos las o los jóvenes hacen referencia a consumo de fármacos, inhalantes u otros. Situación que en lo personal no la entiendo como necesariamente inexistencia de consumo de este tipo,

sino que como una posible invisibilización de este tipo de adicciones, en especial en el uso de fármacos.

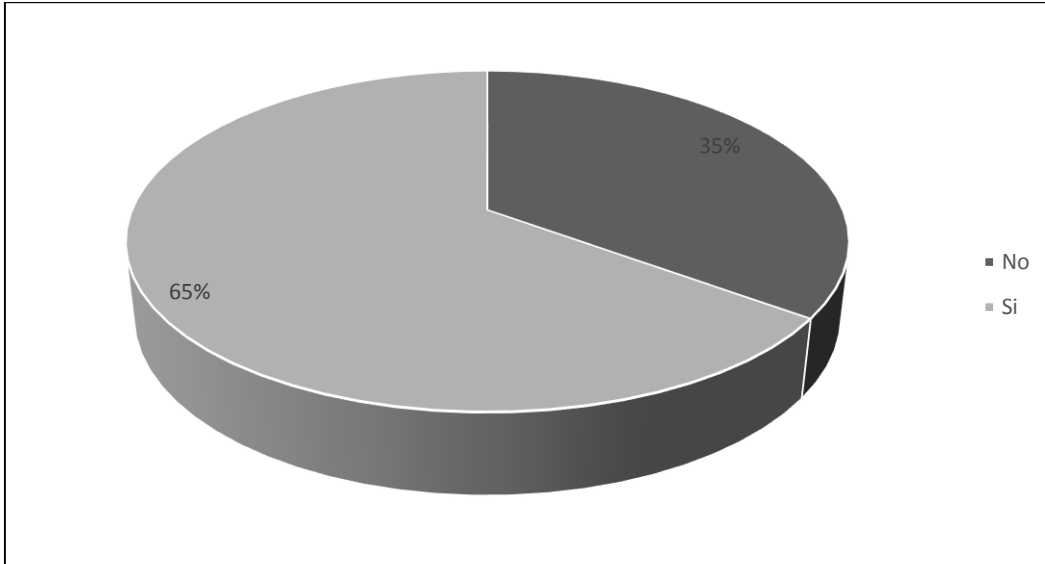
Gráfico N° 13
Percepción de la gravedad del consumo



Fuente: Investigación directa

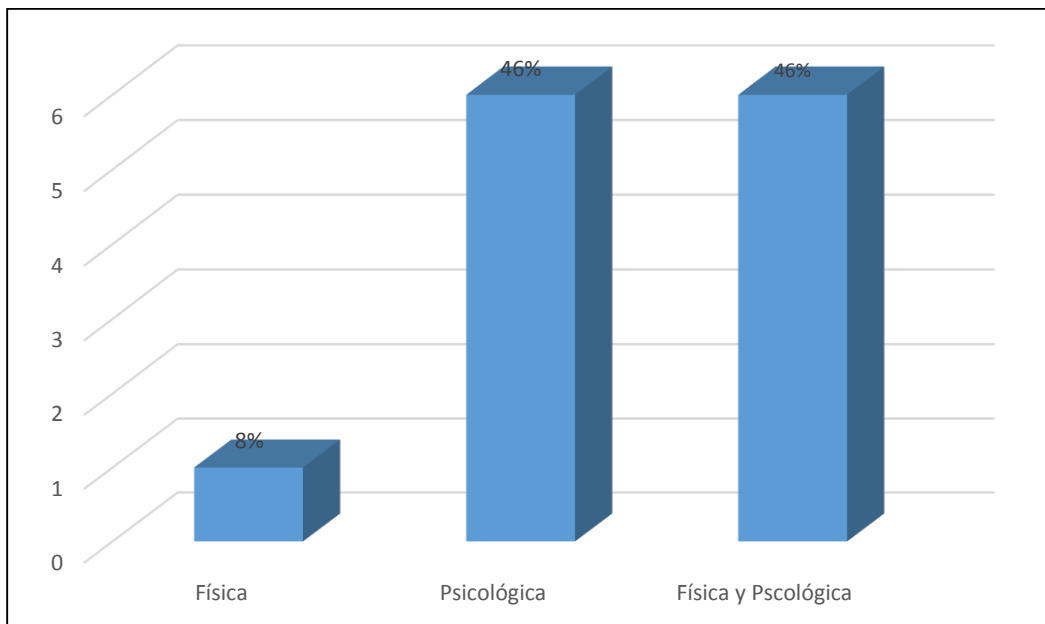
El 60% de los encuestados reconoce el consumo como grave o problemático, si consideramos la posible naturalización del consumo de parte de las y los jóvenes debido al convivir con él durante gran parte de su vida y luego ser también consumidor de sustancias, es posible inferir que la gravedad podría ser en verdad mayor a la arrojada por la encuesta, no siendo posible para los encuestados identificar claramente el grado de complejidad real que existe o existió en el consumo de alguno de los integrantes del grupo familiar.

Gráfico N° 14
Existencia de violencia intrafamiliar



Fuente: Investigación directa

Gráfico N° 15
Tipo de violencia identificada



Fuente: Investigación directa

Prácticamente la totalidad de los casos reconocen la presencia de violencia psicológica en sus hogares y solo uno de los casos aísla la presencia de violencia física. Es de importancia mencionar que a pesar de ofrecer en la encuesta alternativas a otros tipos de violencia, no son identificadas por las y los jóvenes.

El importante número de casos de violencia intrafamiliar no se condice con el número de jóvenes que se enfrenta a experiencias ligadas a programas de protección, solo 3 casos (CUADRO N° 7), y menos aún con la nula atención psicológica por esta motivo, el que no aparece reflejado ante la pregunta de motivo de internación o de las “detenciones” que informan los y las jóvenes.

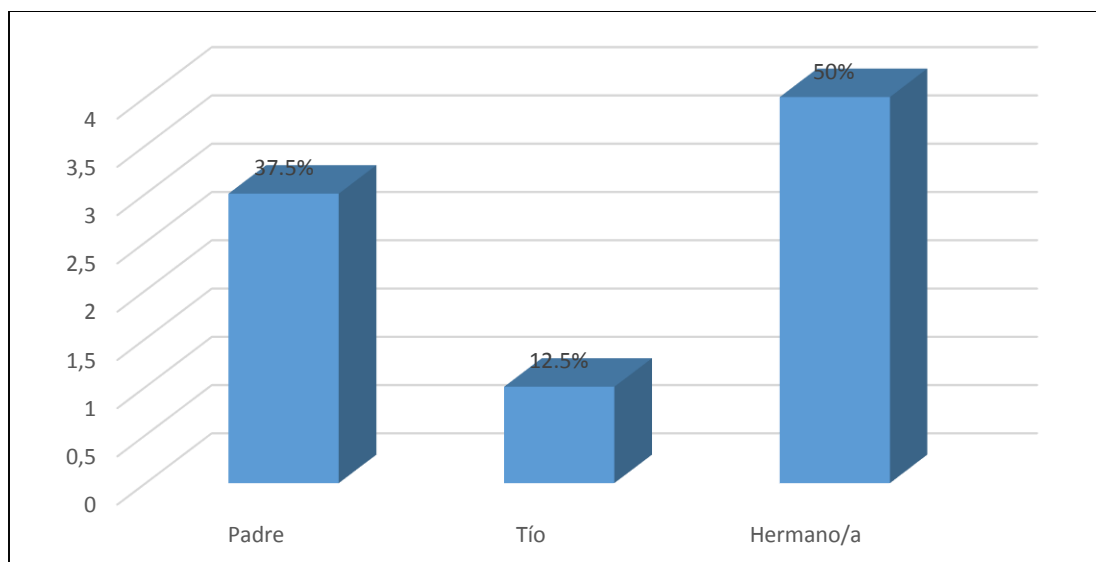
Cuadro N° 5

Familiar con participación en actividades ilícitas

Valoración	Familiar con Actividad Ilícita	Familiar Detenido
No	60%	75%
Si	40%	25%

Gráfico N° 16

Parentesco con familiar con actividad ilícita



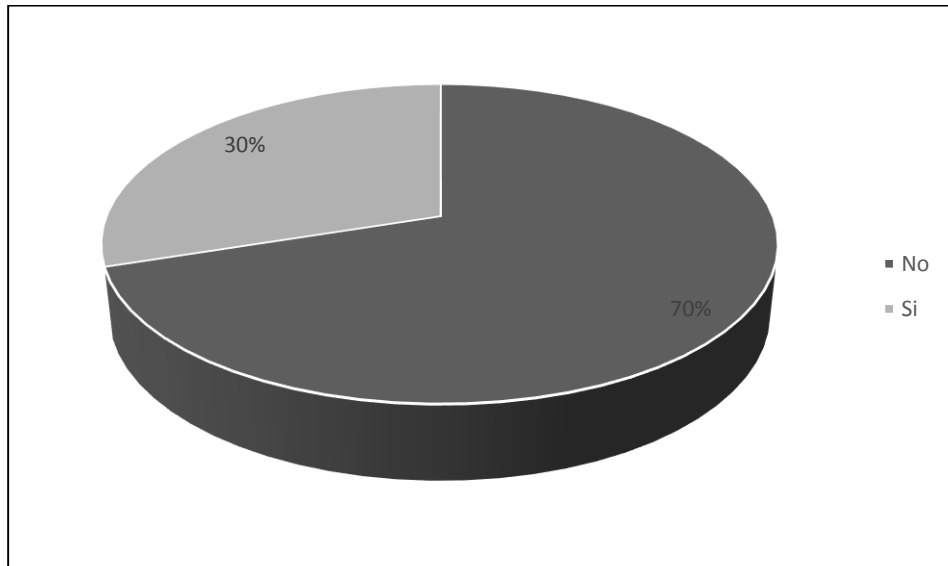
Fuente: Investigación directa

Referente al Cuadro N° 5, los familiares detenidos, 4 de ellos cumplieron penas inferiores a 3 años y solo 1 cumplió una condena mayor a 7 años, todas las condenas son relativas a alguna clasificación de robos y uso o venta de drogas.

Aunque se presenta mayor número de padres con consumo según datos antes entregados (Gráfico N° 16), es mayor la ocurrencia de actividad ilícita en hermanos o hermanas que respecto a consumo registran un 41%. Lo anterior podría interpretarse como resultado de riesgo referente a consumo de los padres aumenta el riesgo también en los hijos mayores de incurrir en actividades ilícitas.

La existencia de actividad delictual dentro de las familias es reconocida por profesionales del área social como una característica básica de las familias multiproblemáticas, que entre otros factores de riesgo aumentaría el grado de abandono que sufren los hijos, tanto del familiar que se encuentra privado de libertad como de los otros que si bien continúan viviendo con ellos cargan con funciones nuevas dejadas de ejercer por el detenido, situación que aumenta la distancia entre los miembros de la familia en cantidad y calidad de tiempo para cumplir con condiciones básicas como pueden ser el sustento económico. (Lorenzano. opcit)

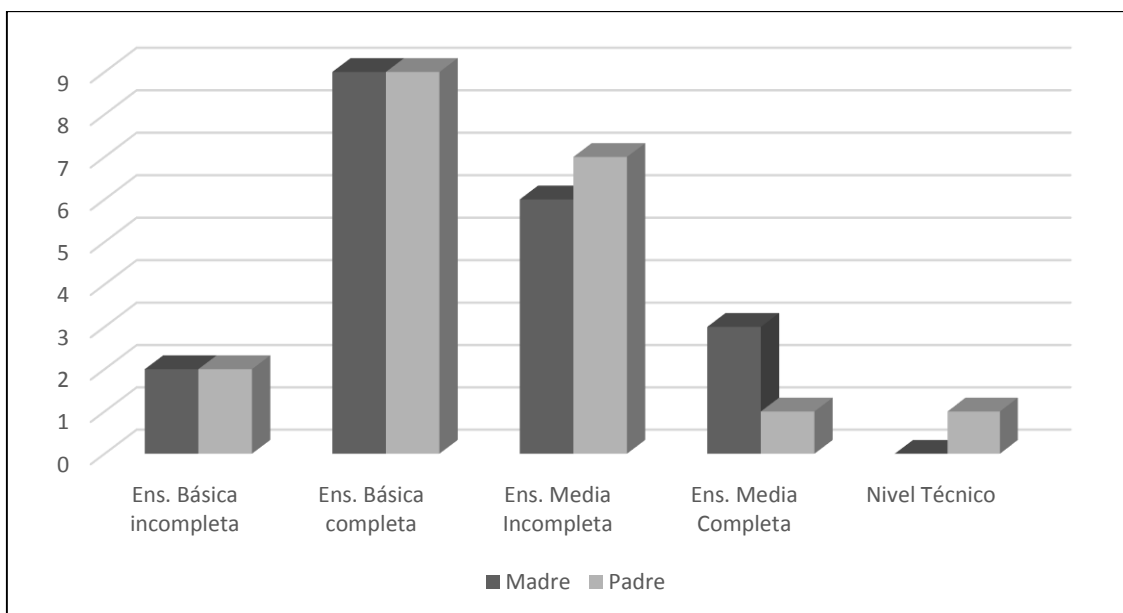
Gráfico N° 17
Presencia de familiar con enfermedad crónica



Fuente: Investigación directa

En el 50% de los casos de enfermedades crónicas al interior de los grupos familiares estas corresponden a adultos mayores y en menor porcentaje a padres y hermanos. Lo anterior permite inferir que estas enfermedades tendrían relación con la etapa evolutiva de los integrantes de mayor edad del grupo y no representarían problemáticas más allá de las propias del envejecimiento de los integrantes.

Gráfico N° 18
Escolaridad de padres o adulto responsable



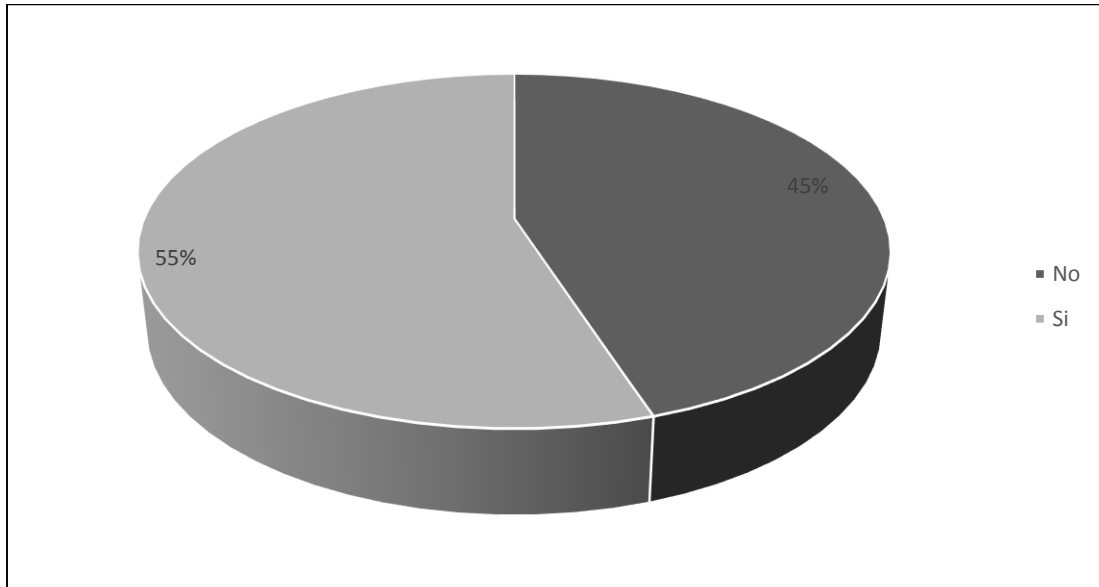
Fuente: Investigación directa

El nivel de escolaridad de los padres o adultos responsables de las familias incluidas en el estudio se encuentra dentro de la media existente a nivel nacional que según el Ministerio de Educación registra en un promedio de 11,9 años de estudio en la población económicamente activa (entre 15 y 65 años) en la Región Metropolitana. (Ministerio de Educación, 2009)

3 Antecedentes sociales

El punto tres presenta la información obtenida en el área social de los datos obtenidos a través de las encuestas aplicadas, junto a los antecedentes aportados por los usuarios del CAID La Granja se expone el respectivo análisis.

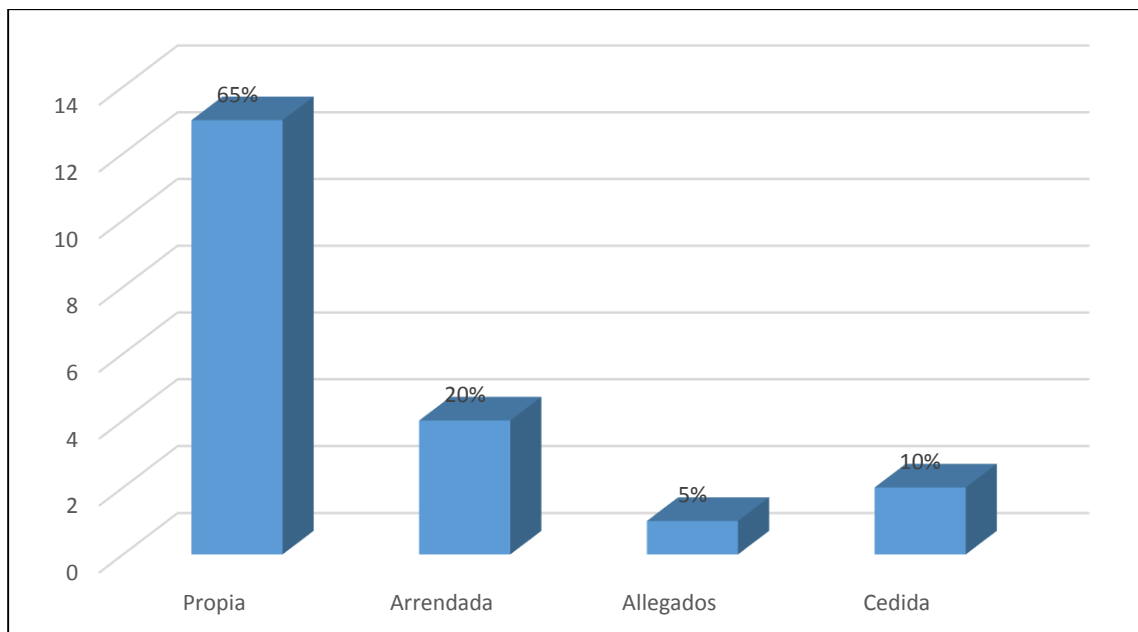
Gráfico N° 19
Existencia de red de apoyo familiar



Fuente: Investigación directa

El importante grado de existencia de familia extensa que vive cercana a los encuestados durante su infancia podría considerarse como factor protector y a la vez, integrando las condiciones barriales con altos niveles de delincuencia, tráfico y consumo de drogas, así como el alto número de casos de consumo de drogas al interior de las familias y participación en actividades ilícitas permite inferir dificultad en estos familiares para prestar apoyo en la protección de los y las niñas, quizás por encontrarse en condiciones desfavorables similares a las existentes en las familias directas.

Gráfico N° 20
Tenencia de la vivienda



Fuente: Investigación directa

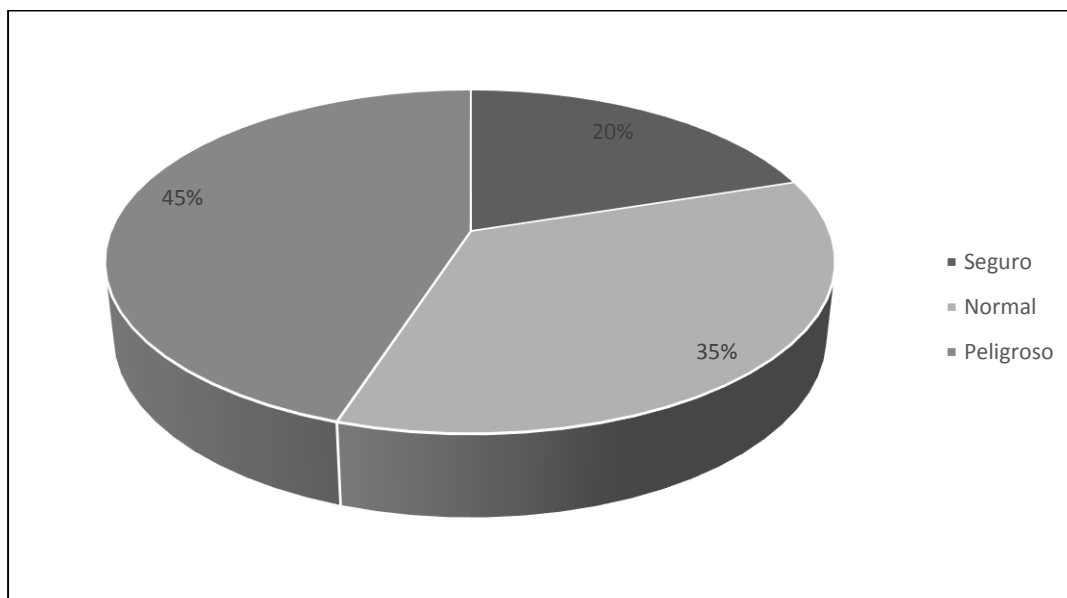
El 60% de los casos reconoce el habitar vivienda de propiedad de las familias, pero al considerar el alto número de familias extensas incluidas en la muestra permite entender que la propiedad de la vivienda puede recaer en abuelos o tíos del mismo modo.

En el 95% de los casos la vivienda durante su niñez fue en la ciudad y un importante número mantiene la misma vivienda como residencia actual.

Respecto a la percepción de las y los jóvenes sobre lo adecuada que era la vivienda para el grupo familiar un 68% de ellos refiere que si era adecuada. Lo anterior se confirma con el número de dormitorios declarados por las y los sujetos de donde se recoge que el 60% de los encuestados reconoce haber tenido más de 3 dormitorios.

Sin duda esta información mantendría la presunción de hacinamiento en gran número de las familias de los encuestados.

Gráfico N° 21
Percepción de seguridad en barrio de residencia



Fuente: Investigación directa

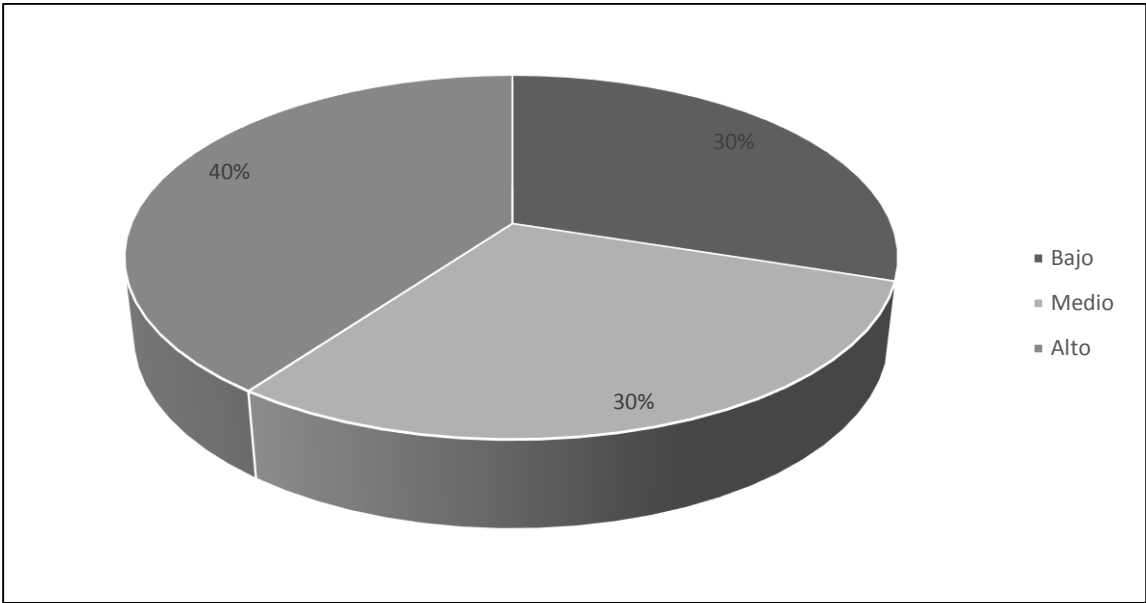
Cerca del 50% de los encuestados reconoce como peligroso su barrio, dentro de los peligros que son identificados en orden de importancia son: el tráfico de drogas, la violencia y los robos. Nuevamente frente a esta respuesta es posible identificar la naturalización existente en los encuestados de los riesgos presentes en el entorno.

Las estadísticas referentes a percepción de delito en la comuna de La Granja, residencia de la mayor parte de los encuestados, otras comunas de residencia son San Ramón y La Pintana, figura entre las seis comunas con mayor percepción del

delito y no se encuentra entre las 10 comunas con mayor denuncia a nivel metropolitano. (PNUD, Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, 2012)

Es lamentable el dato registrado por Seguridad Publica en donde un 18% de la poblaci3n de la comuna de la granja considera necesario alejarse de plazas y parque durante el d3a para evitar ser v3ctima de alg3n delito.

Gráfico N° 22
Percepci3n del acceso a drogas en el barrio



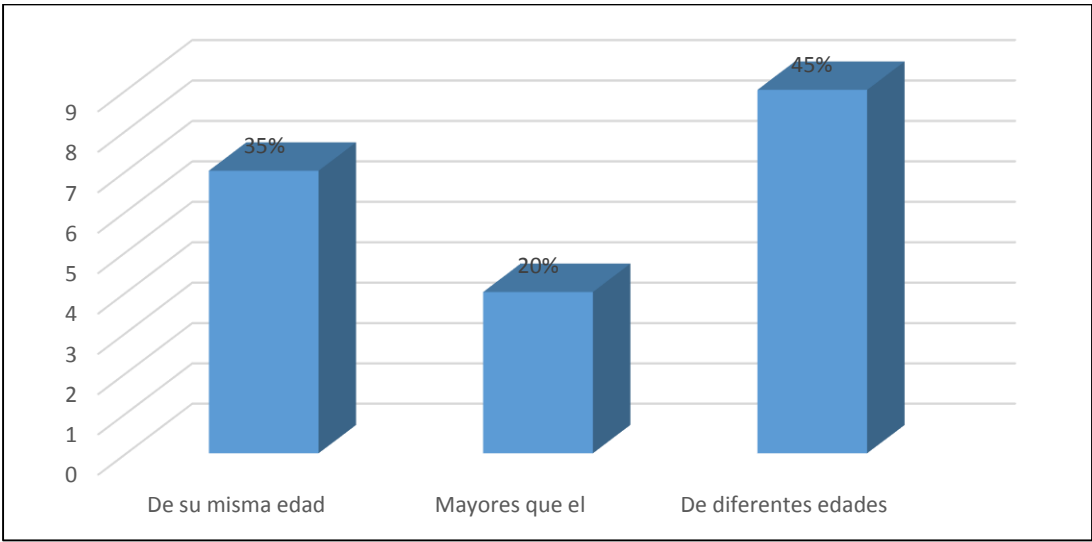
Fuente: Investigaci3n directa

Los resultados de la percepci3n del acceso a drogas, entre medio y alto alcanzan el 70%, es posible relacionarlos con el alto porcentaje de consumo al interior de las familias. Sumado esto a la normalidad con que se reconoce y se pr3ctica libremente el tr3fico y consumo de drogas en las villas de estas comunas, nuevamente podr3amos pensar en una minimizaci3n por parte de los y las adolescentes frente a

este factor de riesgo presente en sus comunidades, respondiendo así a un nivel de percepción menor al existente.

Si bien no es posible contar con antecedentes estadísticos específicos de los niveles de consumo en las comunas, SENDA por ejemplo solo entrega datos a nivel regional, según las estadísticas referentes a delito manejadas por Carabineros de la comuna de La Granja se categoriza como una comuna con alto acceso a drogas, en el periodo comprendido entre enero y octubre de 2012, la infracción a la ley 20,000 registra un 75% de los casos por porte ilegal de drogas específicamente marihuana y cocaína; y cerca de un 12% por microtráfico. Del porte de drogas antes indicado, 721 casos en total, el 60% de estos corresponde a personas menores de 18 años, de lo anterior se puede inferir un alto y expedito acceso a drogas en la comuna. La información entregada por Programas de Intervención Especializada en esta comuna, dependientes de SENAME, el 77% de los niños, niñas y adolescentes ingresados a junio de 2012 refiere algún nivel de consumo, mientras el 49,2% de los casos es considerado como abusivo. (CAID, opcit)

Gráfico N° 23
Edad de grupo de amigos



Fuente: Investigación directa

Un antecedente recurrente y posible factor de riesgo es el aportado por el Gráfico N° 23 en dónde el 65% de los encuestados reconoce que su grupo de amigos es mayor que él o está compuesto por diferentes rangos etáreos. Florenzano (opcit) reconoce en la influencia del grupo de pares como un factor de riesgo comprobado a través de los propios relatos de los usuarios de drogas, la identificación y búsqueda de aceptación por el grupo posibilitaría el “*efecto de modelaje de los amigos que consumen, el refuerzo de la conducta de ingesta cada vez que el grupo se reúne, y la provisión de la droga a través de traficantes juveniles conforman un círculo vicioso del cual es a veces difícil salir*”. (ibid :14)

Cuadro N° 6

Antecedentes de grupos de pares

Valoración	Vinculación con Actividades Ilícitas	Con detenciones	Con Consumo de Drogas	Participación en pandillas
No	70%	75%	60%	80%
Si	30%	25%	40%	20%

Fuente: Investigación directa

La presencia de actividades ilícitas y consumo de drogas encabezan las cifras presentadas en el Cuadro N° 6, pero en ninguno de los casos alcanza el 50%, cabe destacar que la encuesta se aplica considerando los antecedentes “durante la infancia” situación que permite inferir que el involucramiento con actividades de este tipo tanto en el o la joven como en su grupo de pares tiene como inicio la adolescencia y no durante la infancia.

Cuadro N° 7

Incorporación a red SENAME

Valoración	Participación en programas SENAME	Internación
No	85%	85%
Si	15%	15%

Fuente: Investigación directa

Los tres casos de internación mencionados en el estudio corresponden a temas de protección referida a regularización de familia a cargo de cuidados personales y solo en uno de los casos esta situación se extiende por periodo superior a 12 meses.

La “protección” que entregarían estos programas resulta totalmente cuestionable cuando el actual funcionamiento de SENAME e instituciones prestadoras de servicios mantiene programas sin diferenciar causas de protección y de penalización de la población atendida, situación que permitiría un aumento de los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos niños, niñas y adolescentes, esta vez, por el grupo de pares, con iguales o peores problemas en sus vidas, con el que en estas experiencias está obligado a relacionarse. Realizando ahora desde la imposición el efecto de modelaje citado anteriormente.

Cuadro N° 8

Existencia y participación en actividades a nivel vecinal

Valoración	Existencia de actividades entre Vecinos	Existencia de actividades en Junta de Vecinos	Participación de la familia en actividades vecinales, religiosas u otras
No	25%	45%	35%
Si	75%	55%	65%

Fuente: Investigación directa

La existencia de actividades en las tres instancias propuestas en la encuesta registra niveles entre el 55 y 75% así como un nivel de participación equivalente a un 65%, que podemos considerarlo como factor protector. La participación en grupos de pares en actividades no relacionadas con consumo u actividades delictivas, como pueden ser deporte, talleres artísticos o grupos religiosos disminuiría las posibilidades de participación en experiencias de consumo, la identificación con adultos significativos participantes o guías en estas actividades positivas entrega al niño o niña una oportunidad de identificar en estos, referentes a imitar y la posibilidad de ampliar su red de apoyo para acudir a ellos en la medida que lo considere necesario. Del mismo modo, estas redes creadas podrían atender situaciones identificadas en los y las niñas.

En rasgos generales es posible indicar que mediante la información obtenida a través de la encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Atención Integral en Drogas de La Granja, los principales factores de riesgo en la infancia de este grupo de adolescentes se encuentran críticamente ligados al ámbito familiar y social, mientras que en último grado podemos hacer referencia a factores de orden individual, solo destacados en los problemas relativos a la salud mental de esta población.

Los antecedentes familiares, la composición informada de alto número de integrantes, bajo nivel socioeconómico, alto nivel de consumo y poli consumo de drogas al interior de los grupos, violencia intrafamiliar que supera el 65% de los casos, 40% de familias con integrantes en actividades ilícitas, entre otros dan cuenta de la alta presencia de factores de riesgo en este ámbito, familias que cumplen perfectamente con la caracterización propuesta por autores para ser consideradas como multi problemáticas, esto es sin graficar altos grados de negligencia posible

de inferir en los resultados presentados en los antecedentes a nivel individual. (Escartin, 2004)

“Siendo tan central la experiencia familiar para todos sus miembros, es fácilmente comprensible el potencial deshumanizador que puede tener esta experiencia en la vida cotidiana de las personas cuando la familia no logra constituirse como un espacio favorable a su desarrollo humano. (Aylwin y Solar, 2002: 15)

En cuanto a los antecedentes del ámbito social, se destaca positivamente la existencia de redes de apoyo familiares con vivienda en las cercanías de las familias, siendo el fácil acceso a drogas y la percepción del peligro en el barrio los factores de riesgo más destacables en esta área. Las características de grupos de pares, actividad entre vecinos y la participación en ellas son antecedentes que podrían configurarse como de protección y a la vez de riesgo dependiendo de las características específicas de estos.

Entre los factores posibles de identificar como de mayor riesgo se encuentran la seguridad percibida, el acceso a drogas, la relación con grupos de amigos de mayor edad con participación en actividades ilícitas y de consumo. En cuanto a la incorporación a la red SENAME la formación obtenida da cuenta de ausencia de esta red en condiciones que es posible suponer necesarias en mayor medida debido a la prevalencia de factores de riesgo a nivel familiar, ya presentados, que harían necesario su actuar.

CAPÍTULO V

PERCEPCIÓN PROFESIONAL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA DE ADOLESCENTES CON CONSUMO DE DROGAS

El presente análisis se realiza en base a metodología de grupo focal con la participación de 10 profesionales de diferentes disciplinas del área social con experiencia en trabajo terapéutico con adolescentes, y en algunos casos con adultos, en programas de tratamiento de drogadicción en el sistema público y privado.

El análisis de esta información nos permite conocer la percepción de profesionales en cuanto a los factores de riesgo en la infancia de adolescentes consumidores de drogas, en cuanto a su opinión respecto a la influencia de estos factores y la valoración que los profesionales otorgan a cada uno de ellos en la situación de consumo actual de esta población.

1. Influencia de factores de riesgo en la infancia en el consumo adolescente

La categoría número uno pretende identificar la influencia que pudieran tener los diferentes factores de riesgo dividiendo el análisis en tres ámbitos; individual, familiar y social.

1.1 Opinión sobre la existencia de relación entre factores de riesgo en infancia y consumo adolescente.

“Si” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“...evidentemente hay factores biológicos y evidentemente pueden haber factores familiares y evidentemente pueden haber factores individuales, entonces depende mucho del caso, porque cuando uno a veces ve un adolescente que tiene consumo de droga, uno podría también pensar “claro, es un problema, es parte de la exploración, de la etapa” no necesariamente él va, más adelante a seguir, que ver con las características de la etapa, etc. Pero también a veces sucede que tiene que ver con pautas para atrás” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“Si, todo el rato” (Iglesias. A. Psicólogo clínico)

El grupo de profesionales concuerda en su totalidad positivamente respecto a la consulta de existencia de relación entre factores de riesgo en la infancia con el posterior consumo de drogas luego en la adolescencia. Inmediatamente se instala en la discusión las múltiples posibilidades del origen de estos factores, así como la existencia de factores en los diferentes niveles propuestos en este estudio

1.2 Características individuales que favorecen el consumo

“una patología dual o que hay una situación de salud mental que se está germinando y que se desencadena ya al estructurar la personalidad en la adolescencia” (López F. Psicólogo Clínico)

“...es un factor predisponente un mal tratamiento de chiquillos con problemas de atención e hiperactividad” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...factores que pueden ser propios de la etapa de la adolescencia que derivan en consumo” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“...especie de lucha contra las figuras paternas” (Sáez L. Psicóloga clínica)

Resulta de alta complejidad que los profesionales identifiquen claramente la presencia de factores de riesgo de exclusiva responsabilidad en el ámbito individual. Incluso en las afirmaciones aquí presentadas, únicas posibles de presentar debido a la combinación de ámbitos que se producen en la mayoría de las respuestas, es posible identificar que aun encontrando factores biológicos que pudieran influir se presentan solo como “predisponentes” aludiendo a la posibilidad de no representar en definitiva un factor de riesgo. Todas las afirmaciones hechas por los profesionales dicen relación en la salud mental ya sea a nivel biológico o de simples trastornos.

1.3 Características familiares que favorecen el consumo

“la normalización, por ejemplo, que pueda darse del consumo en la familia”
(Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“...tema de los papás que solo cumplen este rol de padres desde lo económico y lo afectivo queda un poco de lado” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“la forma de resolver los conflictos dentro de la familia” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“...típicos factores de riesgo que también he visto [...] el maltrato físico y verbal; y situaciones de abuso y obviamente que cuando no se le han dado

los espacios de independencia al niño, no se le ha dado límites, no se le ha puesto normas” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...también es un factor de riesgo porque justamente la familia, que es la que te tiene que contener, proteger, escuchar es la que no lo hace” (Luco T. Psicóloga Clínica)

Totalmente distinto al tópico anterior la identificación de factores de riesgo en el ámbito familia que favorecen el consumo en las y los adolescentes aparece con mucha facilidad en el discurso de los profesionales.

Las características de la familia se encontrarían ligadas por un lado en la falta de soporte afectivo, el consumo de parte de los padres y situaciones maltrato y abuso.

Importante destacar que todas las características presentadas no menciona la situación económica como parte de ellas

1.4 Características sociales que favorecen el consumo

“...las poblaciones que han sido aisladas como esto es “gheto” también está normalizado el tema del tráfico y del consumo. Y del tráfico como forma de subsistir” (Cortes C. Magister en Trabajo Social)

“...la droga se da absolutamente en todos los estratos socioeconómicos, lo que pasa es que las políticas públicas en nuestro país se derivan a situaciones económicas más vulnerables, se hace contra la “pasta base”, claro quizás en los sectores más marginales pero en el barrio alto se consume la “coca” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...desde la misma construcción del Estado, porque ya no es un tema del gobierno de turno” (Bravo P. Psicóloga clínica)

“un factor de riesgo terrible que SENDA sea parte del Ministerio del Interior y no del Ministerio de Salud” (Donoso M. Egresado Psicología)

En este tópico las características presentadas por los profesionales responden a la condiciones, por un lado relacionadas con lo económico, uso y venta de drogas e inmediatamente el discurso compartido deja lo social, entendido como entorno inmediato de las familias, trasladándose a la búsqueda de responsabilidad en la presencia de la totalidad de los factores de riesgo en lo local, desembocando en reconocer como responsable al estado y las políticas sociales que se mantienen, en lo estructural, por sobre los gobiernos. No identifican una intencionalidad de formular políticas favorables en el abordaje integral del problema, la opinión presentada entiende el error de la legislación al enfoque que entrega, cosmético y criminalizador, en ningún caso preventivo o de salud.

En resumen en la primera categoría la opinión de los profesionales frente a la existencia de factores de riesgo en la infancia de adolescentes con consumo de drogas es tajante, afirmando esta relación junto al confirmar la amplia posibilidad de influencia de estos desde las distintas áreas de interacción de los sujetos con su entorno.

En el ámbito individual la opinión del grupo está enfocada principalmente a dificultades en el área de la salud mental de los individuos, siendo permanente la mezcla de influencias de los tres ámbitos ante la pregunta puntual de factores a nivel individual.

En el ámbito familiar las respuestas surgen con mayor facilidad y se categorizan en tres áreas, dificultad en el área afectiva, consumo de drogas en los padres y maltrato

y abuso. Las respuestas presentadas por el grupo de profesionales, sin duda orientan los factores de riesgo presentes en las familias a la categorización que se hace de las familias multi problemáticas (Escartín, Opcit)

En cuanto a las características sociales que influirían en esta relación, la opinión profesional responde al como es reconocida y naturalizada la droga en los barrios populares, como se ha transformado en parte del paisaje de los niños y de toda la familia. Situación que no representaría el mismo riesgo en sectores de mayor poder económico, en donde los riesgos no se encontrarían tan directamente relacionados con lo social. Desde esta postura el equipo identifica problemas estructurales en el riesgo social ya que este no sería de responsabilidad directa de quienes habitan un espacio social determinado o como es interpretado por estos, sino que está ligado a la forma en que las política sociales de nuestro país pretenden normar el desarrollo social.

2. Valoración de los factores de riesgo en la infancia de consumo adolescente

La categoría número dos busca identificar el valor que los profesionales asignan a diferentes tópicos dependientes de las tres áreas antes presentadas, la finalidad es otorgar grados de importancia a los diferentes ámbitos consultados.

2.1 Grado de importancia de los factores de riesgo a nivel individual

“Yo relaciono el tema del consumo con la ansiedad, la ansiedad como malestar de algo, o una sensación de algo. En ese sentido creo que la ansiedad se provoca por algo que no se puede decir, cosas que no se pueden verbalizar, que no se pueden poner en palabras. Cuando se ponen en palabras,

inevitablemente la ansiedad baja, entonces, cuando en la infancia no existen esos espacios, ya sea familiares, sociales o de algún tipo, la ansiedad obviamente se manifiesta. (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

La importancia de los factores de riesgo desde lo individual desde un comienzo son minimizados por los profesionales como se demuestra en la cita precedente, se muestra inmediatamente la relación del ámbito individual con el contexto social y especialmente con el área familiar, en donde se encontrarían los mayores factores de riesgo.

2.1.1 Discapacidad física y enfermedades crónicas

“...quizá un médico podría dar una buena referencia en cuanto a los factores de riesgo individuales” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

“...los chicos, desde la biología tenían el mismo diagnóstico pero en cómo se expresaban y como se manejaban lo síntomas influía tanto el manejo de la familia [...] abordarlo sólo desde lo individual, sin ver que somos seres en relación, yo creo que estaría mal enfocado” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“...creo que la idea de dividirlo así es, como decía, más biomédico” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

Frente al indicador planteado los profesionales no presentan argumentos que pudieran considerar la discapacidad física y enfermedades crónicas como factores de riesgo, quizás es interpretable que podrían formularse como una predisposición pero sobre esto estarían los factores familiares con mayor determinación en el desenlace de esta predisposición a

constituirse como factor de riesgo. Clara es la mirada de un equipo de profesionales del área social, el ejercicio no contó con presencia de profesionales del área médica.

2.1.2 Discapacidad mental y trastornos

“Tener un trastorno de la base, que en este caso sería Déficit Atencional [...] la visión más actual de la neurología infantil y las investigaciones habla de que si no hay un tratamiento, aumenta la probabilidad de consumo problemático en los niños” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“la impulsividad, desencadena finalmente en un consumo y quizá no solamente en consumo directo, sino también en situaciones de riesgo que llevan al consumo” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...según los datos que manejo [...] casos en los que el diagnóstico de SDA llegan al consumo, es como el 60% [...] Vamos pasando desde el diagnóstico de SDA, al Trastorno Opositor-Desafiante, el Trastorno de Conducta que van llegando al consumo” (Donoso M. Egresado Psicología)

“personalmente el tema del SDA me produce cierta incomodidad. A veces hablan de SDA cuando las dinámicas familiares son terribles, cuando es imposible que el niño atienda, cuando las dinámicas de aprendizaje se ven absolutamente interferidas” (Bravo P. Psicóloga clínica)

“menos mal que no invitaste a un psiquiatra” (Luco T. Psicóloga Clínica)

“Los casos que nosotros vemos, casos en los que haya problemas a nivel de neurotransmisores, habrá uno o dos y los otros son todos un tema de dinámicas, nada más” (Sáez L. Psicóloga clínica)

Si bien son reconocidos factores de riesgo posibles de encontrar a nivel de salud mental el equipo de profesionales mantiene una posición en bloque que minimiza el actuar de estos factores de riesgo por si solos, para el grupo sigue siendo determinante la existencia de factores protectores durante el desarrollo del niño que condicionarían el aumento o disminución de las posibilidades de ocurrencia de la conducta de consumo.

En este tópico es aclarado por el grupo la diferencia que tendrían frente a la opinión médica que proponen sería muy contraria a la suya.

2.1.3 Problemas de conducta en el hogar y/o escolar

“...en el colegio nadie lo toma mucho en cuenta, cumple la función de agrupar esta masa y nada más” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...en el otro extremo, el exceso de límites también. Me di cuenta de que en muchos de los casos era un factor importante que hacía que los chicos en algún minuto reventaran” (Donoso M. Egresado Psicología)

“...quizás eso pasa en la adolescencia misma, porque en la infancia no hay tanta queja en el tema del establecimiento de límites, eso es más propio de la adolescencia porque hay papás que les cuesta acostumbrarse al cambio de etapa” (Sáez L. Psicóloga clínica)

Referido a la conducta adolescente con consumo ***“tiene que ver con un choque muy fuerte donde quieren agredir a los padres porque saben que a ellos es algo que les afecta mucho”*** (Sáez L. Psicóloga clínica)

Los profesionales evidentemente desestiman la importancia de los problemas conductuales como factor de riesgo, la discusión se traslada principalmente a cómo y porque se manifestaría esta conducta y la inadecuación de las instituciones educacionales en su trato. Se destaca que los problemas de conducta se registran con importancia en la adolescencia y no en la niñez, situación que podríamos relacionar con las situaciones caracterizadas en el ámbito familiar en la categoría anterior o con problemas de salud mental no tratados.

2.1.4 Repitencia y deserción escolar

“Más que la repitencia o la deserción es como se generan” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

“...el mal manejo de la frustración que genera una experiencia de estas puede llevar creo yo, a otras situaciones que luego favorezcan el consumo” (Ulloa C, Estudiante de Trabajo Social)

“a mi parecer siempre se influenciará por el apoyo, tanto afectivo como contenedor que reciba el niño en estos casos” (Sáez L. Psicóloga clínica)

La opinión profesional otorga la responsabilidad al manejo que se pueda hacer por parte de la familia y las instituciones relacionadas de las experiencias propuestas por el tópico, no serían en sí misma un factor de riesgo, en este sentido aumentaría

la vulnerabilidad del niño o la niña a participar de situaciones de mayor riesgo, entre ellos el consumo de drogas.

2.1.5 Participación en actividades Ilícitas

“...creo que por lo general ocurre al revés, desde el consumo se puede llegar a la comisión de delitos” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“Si porque a los chiquillos les pasa que en la búsqueda del consumo está la búsqueda del placer, la búsqueda de la validación social” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...yo por lo menos me he dado cuenta [...] es más difícil de ver por el tema socioeconómico: porque hay necesidades básicas que necesitan ser satisfechas” (Cortés C. Magíster en Trabajo Social)

Si bien los profesionales reconocen una relación entre consumo y participación en actividades ilícitas esta es visualizada en orden contrario, en donde el consumo en contexto de grupo de pares significativos, con quienes se siente comprometido y de los cuales necesita validación, protección, etc. puede llevar a la participación en actividades ilícitas. Finalmente se puede apreciar la intencionalidad de una participante de incluir en este tópico, junto al tema del consumo, el problema socioeconómico que enfrenta la población menos favorecida, de alguna forma se justifica la incursión en actividades ilícitas, satisfacer necesidades básicas no cubiertas. Queda claro en todo momento que la participación en actividades ilícitas los profesionales la asocian a una consecuencia del consumo.

2.2 Grado de importancia de los factores de riesgo a nivel familiar

“...siempre hay un motivo para que el chiquillo sea invisible. Puede ser que la familia consume y cada uno esté metido en su propio problema, o en los casos de que alguno de los miembros este depresivo, por exceso de trabajo, por violencia, o cualquier cosa pero siempre hay algo que hace que el chiquillo pase a segundo plano” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

En este tópico es evidente la importancia que asignan los profesionales al ámbito familiar y el como resultado de las relaciones producidas en el grupo pueden significar para el niño, niña o adolescentes importantes factores de riesgo en su desarrollo,

2.2.1 Composición del grupo familiar

***“Quizás sean más importante las habilidades de la familia que la composición”
(Bravo P. Psicóloga clínica)***

“...estoy de acuerdo con la importancia de las habilidades, te encuentras con pacientes de todo tipo de familias” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

“...puede ser que una familia monoparental, por el tiempo que el adolescente está solo, podría ser más riesgoso” (Luco T. Psicóloga Clínica)

La valoración de la importancia de la composición del grupo familiar es desestimada por el equipo de profesionales aludiendo a que no existiría en su experiencia un perfil de familia consultante como se presenta en este tópico. El vuelco que hacen los entrevistados es a las cualidades o habilidades que tengan estas familias para entregar factores protectores a los hijos, solo se presenta como espacio de mayor riesgo las familias monoparentales pero no en sí por la composición sino por la necesidad de cumplir con obligaciones, laborales generalmente, que posibilitarían mayor tiempo sin protección a los niños y niñas.

2.2.2 Relación entre padres

“...la droga a veces se convierte en una forma de manejar aquellos aspectos que familiarmente, ellos han visto que no se pueden manejar de una forma saludable y la droga se transforma en una vía de escape” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“... el consumo termina siendo un resultado de las dinámicas familiares y no al revés” (Luco T. Psicóloga Clínica)

Refiriéndose a la relación entre padres ***“...cuando la mamá y el papá pelean todo el día; entonces eso no se va a solucionar con metilfenidato ni nada de eso” (Bravo P. Psicóloga clínica)***

La percepción de los profesionales reconoce gran importancia a la forma en que se desarrollan las relaciones familiares como factor de riesgo para el consumo de drogas. El valor asignado a este tópico es determinante para los profesionales, se destaca como consecuencia directa un mal manejo de las relaciones entre los integrantes de la familia como concomitante al uso de drogas en los adolescentes

buscando en el consumo una forma de escapar o no dimensionar los efectos que una errada relación familiar produce en ellos y en su entorno familiar

2.2.3 Consumo de drogas y/o alcohol

“...la normalización, por ejemplo, que pueda darse del consumo en la familia, es un factor importante también en la adolescencia” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“tiene que ver con qué pongo yo como padre, en mi hijo, en el tema de las expectativas, el tema de normalizar el consumo a través de las generaciones en una familia” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“cuando uno conversa con un adulto y lo hace mirar hacia atrás [...] con una mamá, un papá que consumía se produce en ellos un tema de lealtad [...] es la identidad familiar y por eso tiene tanto que ver con el apego que se genere desde el consumo también” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

Se identifica con total afirmación el riesgo producido por la existencia de consumo en los familiares directos, propuesto en la pregunta exclusivamente como padres, la representación e importancia que tienen estas figuras, las paternas, en la crianza y formación de la personalidad de sus hijos transforma en ellos toda conducta observada como pautas de imitación para la conformación de la propia conducta futura.

2.2.4 Compromiso delictual, privación de libertad

“...la ausencia, la rabia, el no entender, genera en los chiquillos una carga negativa que de algún modo se manifiesta” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“también se puede ver desde la normalización de estas conductas como factor de riesgo” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“...esto les da a los adolescentes validación en su entorno, con su grupo de pares” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

Al igual que en el tópico anterior la opinión de los entrevistados es categórica en afirmar la relación, sin embargo esta vez se observa mayor diversidad en la forma que el factor de riesgo podría actuar en el niño o la niña. Se presentan en las citas tres opiniones diferentes, la primera propone la visión desde el niño de no aceptar esta conducta dentro del hogar y buscar vías de escape a través de la droga, una segunda visión que la relaciona con la normalización de la conducta delictiva, haciéndola normal para el niño que podría imitarla. Y una tercera opción, tan o más peligrosa que las anteriores, en donde el niño podría visualizar esta conducta de parte de su familia con admiración usándola como carta de presentación en la relación con grupo de pares, entendiéndose que obviamente al cual se acerca o pertenece el niño valoraría conductas de este tipo, significando la relación con un grupo de alto riesgo.

2.2.5 Ausencia de figuras parentales

“yo soy abanderada de lo familiar, para mí lo más poderoso es lo familiar. Insisto, el mundo puede estar cayéndose a pedazos pero si uno tiene un espacio contenedor obviamente puedes salir a flote” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“Porque si el chico tiene baja autoestima, puede ser un factor de riesgo pero no un pronóstico si tiene una familia que lo apoya” (Donoso M. Egresado Psicología)

“yo siempre exploro en las sensaciones que ellos tienen dentro de la familia: se sienten escuchados, se sienten queridos. Y constantemente me aparece el tema de no sentirse escuchado, la falta del reconocimiento que el otro hace de mí”
(Luco T. Psicóloga Clínica)

Nuevamente se instala la importancia del apego en la relación entre padres e hijos, la ausencia de las figuras paterna, según la opinión de los entrevistados es determinante en la conformación de las conductas y de todo el desarrollo de la personalidad de los hijos.

“El fracaso del proceso de impregnación del niño y los padres acarrea perturbaciones en el apego, estos trastornos son una de las fuentes más importantes en la producción de diferentes tipos de maltrato” (Barudy. 1999: 46)

La escasa relación de cercanía con los hijos se presenta como un predeterminante para la aparición e inicio de prácticas de riesgo, la lejanía entre padres e hijo permite ineludiblemente la presencia de espacios propios de los hijos ajenos a los padres. Y estos últimos al no tener una cercanía natural con su hijo, fruto de la relación

vivida durante años, les es dificultoso detectar o identificar espacios que pudieran perjudicar a sus hijos.

2.2.6 Nivel educacional de los padres o responsables de crianza

“...las expectativas de los padres son más limitadas en las aspiraciones de educación de sus hijos” (Cortés C. Magíster en Trabajo Social)

“no sé si pueda considerarlo como un factor de riesgo, para mi hay temas más relevantes como la cercanía de los padres a sus hijos que un nivel académico bajo” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“...podría estar más cercano al riesgo de deserción escolar y desde ahí al consumo, o sea no un riesgo directo” (Ulloa C. Estudiante de Trabajo Social)

En este tópico la valoración de los profesionales se aprecia débil, para ellos no sería determinante esta condición para ser observada como un factor de riesgo, claramente los profesionales no aprecian desde la experiencia de trabajo con familias como un factor de importancia, aunque si podría aumentar la posibilidad de caer en otros riesgo que indirectamente lleguen a significar relación con el consumo.

2.2.7 Nivel de ingresos

Refiriéndose a la familia *“el único factor que yo puedo observar que es potente acá y en la atención privada, o sea, que traspasa un poco el tema económico, que es recurrente en todas partes, no importa el tema económico*

porque yo creo que atribuir sólo a lo económico, nos vamos a quedar como en un círculo constante” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“...también está normalizado el tema del tráfico y del consumo. Y del tráfico como forma de subsistir” (Cortés C. Magíster en Trabajo Social)

“... debe ser de igual forma en los estratos socioeconómicos altos, medios y bajos. Entonces la distorsión puede ser que el ambiente sea vulnerador, cierto: vivir en una población quizás, que está estigmatizada, pero también hay otras cosas que en otras familias que tienen mayores recursos económicos” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“hay muchas cosas que son transversales al tema económico y que tienen que ver mucho con la dinámica familiar que puede haber un contexto adverso, externo, pero cuando hay buenas dinámicas familiares es protector y los chicos desarrollan resiliencia” (Sáez L. Psicóloga clínica)

Sin dejar de reconocer una relación, incluso con el tema de la participación en tráfico como forma de acceder a recursos económicos, la valoración de este indicador es desestimado en la mayoría de las respuestas. Manifiestan la transversalidad en el consumo situación que les permite dimensionar como de bajo umbral este indicador, resaltando una vez más, la importancia del apoyo familiar.

Las estadísticas del Décimo Estudio de Drogas en Población General de SENDA, cifran en menos de un punto porcentual la diferencia de los niveles de consumo de la población dividida en niveles socioeconómicos como bajo, medio y alto. Con similar porcentaje, inferior a un punto porcentual, se presentaba esta evolución en el consumo en el estudio realizado en el año 2010. (SENDA, opcit)

2.2.8 Hacinamiento / Allegamiento

“...es que es mucho más difícil luchar contra el hacinamiento, la desescolarización, contra un sistema de salud que no funciona sobre todo para el adolescente y todas las otras problemática que hay y no se resuelven” (Cortés C. Magíster en Trabajo Social)

“... inevitablemente cruza temas políticos: de que las casas son muy pequeñas, hay mucho hacinamiento, muchas peleas con los vecinos por lo mismo, cruza hartas variables” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

Es importante destacar que si bien no fue incluida directamente la pregunta en el focus, es posible inferir en estas afirmaciones que el equipo de profesionales le asignan importancia a estos indicadores en relación al riesgo que puede significar para los niños, aunque no establece que no es un tema posible de sobrellevar a nivel familiar en sectores de bajos recursos económicos y se encuentra reñido con la falta de preocupación del estado por esta problemática.

2.2.9 Vif y/o abuso

“..Principalmente creo que la indiferencia de los padres hacia los niños, no necesariamente de un maltrato, aunque la negligencia es una forma de maltrato también [...] lo veo desde la indiferencia, sobre todo materna desgraciadamente” (Bravo P. Psicóloga clínica)

“... la negligencia como incapacidad de contener” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

“un factor común en las adolescentes y la mujeres que comenzaron su consumo en la adolescencia es el abuso o violación y en muchas de ellas” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“...yo creo que va muy de la mano sobre todo por un tema de situaciones de abuso en las que no hubo un ambiente contenedor o una posibilidad de relatar lo que ocurría” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

Respecto a este indicador la valoración de este con el consumo es presentado como relevante por los profesionales. Importante de destacar es la inclusión de la negligencia como parte del maltrato sufrido por algunos sujetos, respuesta nuevamente asimilable a propuestas, en indicadores anteriores, de la importancia de las habilidades parentales en la formación de los hijos.

El abuso o violación es destacado de forma importante como un condicionante para el consumo de drogas en especial en el sexo femenino.

2.2.10 Redes Familiares / Familia extensa

“...la presencia de otros familiares aumenta la posibilidad que haya alguien que se preocupe, que ayude, que escuche al adolescente” (Luco T. Psicóloga Clínica)

“sin duda la presencia de abuelos, tíos, pueden nutrir de mejor manera el desarrollo del niño” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“está el caso de la esquizofrenia, también, hay pacientes con diagnóstico grave con pronóstico pésimo que también puede aminorarse bastante con un contexto contenedor, aparte de la ayuda biomédica, por supuesto” (Donoso M. Egresado Psicología)

Las afirmaciones obtenidas en la discusión presentan el indicador como un factor de protección importante al momento de entregar contención, de aportar en la formación del niño.

2.3 Grado de importancia de los factores de riesgo a nivel social

“...la droga cumplía dos funciones en términos sociales muy marcados, sobre todo en la adolescencia, el primero es como la punta del iceberg, la droga es un blanco donde se apunta un montón de temas que si se investigan un poquito más abajo, tienden a esconder un montón de otras problemáticas que están a nivel social, que están instaladas pero se esconden con el discurso de la droga.” (Donoso M. Egresado Psicología)

2.3.1 Barrios vulnerables / Nivel de seguridad barrial

“Si nos vamos a sectores más acomodados, el tráfico no está tan a la vista y quizá los factores sociales de riesgo ahí son otros” (Luco T. Psicóloga Clínica)

“... hablabamos eso con adultos: la plaza era donde se juntaban a tomar o a fumar” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“...se influyen de arriba hacia abajo. Tú dices que la familia te puede dar muchas herramientas pero la familia también se puede ver colapsada por este entorno social que no te permite seguir creciendo” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

Respecto a este indicador es reconocido el riesgo que representaría la vulnerabilidad del barrio, el nivel de seguridad en este, se diferencia en este caso la particularidad de este factor de riesgo presente en sectores de menores recursos. El uso de espacios públicos con finalidad de consumo, es considerado de riesgo para la población de esos sectores, actividades no visualizadas en sectores de mayores ingresos. Esta vulnerabilidad también es observada como una carencia en el soporte para las familias, situación que obviamente repercutiría en los niños.

2.3.2 Fácil acceso a drogas

“...el tema de los espacios de vinculación, de recreación, de esparcimiento. Estoy pensando en comunas en donde a veces en las plazas o al doblar la esquina están vendiendo droga” (Cortés C. Magíster en Trabajo Social)

“... los chiquillos que tienen un espacio mínimo para estar en la casa y tienen que salir a jugar afuera y ven todo esto como algo muy normal” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

Si bien la pregunta no fue formulada directamente al grupo de profesionales, los aportes recogidos de la discusión general dan cuenta de la importancia de esta actividad en los sectores populares, el encontrarse con la venta de droga en la calle en el contexto cotidiano, al desplazarse por las poblaciones indica la presencia de un riesgo para quienes se encuentran en contacto permanente con esta realidad.

2.3.3 Pares con consumo de drogas y/o alcohol / genero

“Sin duda la relación con amigos que son consumidores va a aumentar el riesgo” (Donoso M. Egresado Psicología)

“La validación e identidad con los pares aumenta el riesgo” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

“... yo siento que el consumo de una niña es diferente al consumo de un niño [...] un poco también porque el desarrollo es distinto y también desde la cultura machista en la que vivimos” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“Yo no sé, porque la adolescencia hoy es distinta, están mucho más parejos” (Sáez L. Psicóloga clínica)

“es curioso eso: los que son buenos para el carrete, les gustan las mimas más tranquilas y a los que son más quedados les gustan las minas más desordenadas, es muy curioso” (Luco T. Psicóloga Clínica)

La respuesta al indicador es categórica respecto al riesgo de vincularse con pares consumidores, en cuanto al género la opinión se presenta dividida, mientras unos manifiestan un cambio en la adolescencia que posiciona a ambos sexos con niveles similares de consumo, otros lo presentan con diferenciación en cuanto a desarrollo biológico y en lo cultural.

Es importante comparar con el indicador anterior que relaciona el consumo de niñas como resultado de experiencias de abuso sexual.

Las estadísticas del Décimo Estudio de Drogas en Población General de SENDA, muestra una diferencia en el consumo hombre mujer de 12.3 a 7.4% para el caso de marihuana y de 7.2 a 5.0% para el caso de cocaína, respectivamente. Es importante destacar que esta información es en base a población general, entre 12 y 64 años no presentándose mayor detalle. (Ibid)

2.3.4 Participación en pandillas

“...si no tiene esa figura en el hogar, la va a buscar afuera y los chiquillos forman como una familia y lo hacen desde chicos [...] el caso del “Cisarro” que es un grupo de niños de 8 años, que funcionan como una familia” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...nuevamente en esto está la carencia emocional, de pertenencia [...] y lógico por las pautas validadas los llevan a actuar como lo hacen” (Cortés C. Magíster en Trabajo Social)

“...esta además la validación que necesita sentir el adolescente de sus pares provocando en esta relación riesgos como el delito y el consumo” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

La valoración entregada a este indicador es alta, sin embargo, es vista desde una posición de justificación en la participación de estos espacios, queda la sensación de que antes de enfrentar lo significativamente negativa para el desarrollo de los niños y niñas la participación pandillas, los profesionales se detienen en la búsqueda de los factores de riesgo que los llevan a conformar estos grupos.

2.3.5 Vinculación a red SENAME

“... el problema es que se suma a la vulneración previa vivida en la familia, un sistema que verdaderamente no protege” (Bravo P. Psicóloga clínica)

“... la forma en que está estructurado el sistema de protección pone en riesgo a los chiquillos” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

Referido a estudio neurológico ***“...El punto es que el tamaño, el volumen, las conexiones cerebrales eran mayores en el niño que vivía con su familia. Lo encontré tan impresionante, porque el sólo hecho de que viviera con su familia cambiaba el desarrollo de su vida, su educación, de todo” (Sáez L. Psicóloga clínica)***

La vinculación con la red SENAME, es vista por los profesiones como un factor de riesgo importante, por la escasa confianza que les merece el funcionamiento de la institución y sus colaboradores y en base a estudio que demuestra las desventajas que significa biológicamente para los niños y niñas vivir fuera de un contexto familiar.

2.3.6 Participación en redes barriales o en agrupaciones religiosas, vecinales, etc.

“...cómo uno se toma los espacios, el significado que uno le asigna a los espacios de comunidad, creo que también es importante” (Segovia M. Magíster en Psicología Clínica)

“...en las poblaciones existe mucho trabajo comunitario, muchas agrupaciones que trabajan con temáticas relacionadas al consumo y brindan espacios y eso lo encuentro súper valorable porque las condiciones muchas veces son adversas” (Artiga E. Terapeuta Ocupacional)

“...hacen falta, yo creo, estudios que demuestren que los trabajos que van en esa línea, pueden ser a largo plazo, mucho más efectivos que la atención en un box” (Iglesias A. Psicólogo Clínico)

Refiriéndose a estudio de factores preventivos ***“... los temas principales que salían en varios de los estudios que se presentaron ese día fue la pertenencia a grupos protectores, a grupos de pares que estuvieran enfocados en actividades alejadas del consumo, como los scout, clubes deportivos, etc” (Donoso M. Egresado Psicología)***

Este indicador es valorizado por los profesionales con un alto grado de importancia como factor protector para los niños y niñas. Se reconoce en la actividad vecinal el carácter preventivo que representa al entregar la posibilidad de socializar con pares y adultos en su barrio pero desde temáticas distintas a los riesgo que se encuentran en estos lugares.

A modo de resumen, en esta categoría los profesionales manifiestan un bajo nivel de importancia a la totalidad de los tópicos dirigidos al ámbito individual, todos los posibles factores de riesgo en la infancia son desestimados en importancia y considerados generalmente como “predisposiciones” que dependiendo de la forma en que son manejados a nivel social y principalmente familiar determinarían la presencia de un factor de riesgo en este nivel. Las excepciones las producen el tópico que consulta sobre los problemas de salud mental, en donde el grupo valora la presencia de trastornos de este tipo, como el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es reconocido su riesgo, aunque no existe unanimidad de

cual es efectivamente la mejor forma de contrarrestar su relación con respecto al consumo. Y el tópico de repitencia y deserción que son reconocidos como factores que aumentarían la vulneración de incurrir en otras actividades entre las que se incluiría el consumo de drogas, en este tópico es también destacada la importancia en la forma con que padres e instituciones apoyan a los niños, niñas y adolescentes antes, durante y luego de ocurridas estas experiencias.

El ámbito familiar registra en general altos índices de valoración positiva como factor de riesgo, en gran parte de los tópicos presentados a los profesionales se manifiesta la importancia identificada, en las familias consultantes, de ausencia de soporte emocional de parte de los padres, no caracterizándose este síntoma en un estrato socioeconómico específico sino presente en todos ellos. Tomando relevancia los conceptos de apego y resiliencia.

La composición de grupo familiar y nivel educacional de los padres no es destacado como factores de riesgo de importancia, toda vez que no se presentarían como características constantes de un tipo específico de familia consultante con mayor recurrencia. Totalmente opuesta es la valoración asignada a relación de los padres, consumo al interior del grupo, compromiso delictual y maltrato y abuso. Todos estos tópicos son identificados con una alta valoración para el desarrollo de conductas de consumo.

Es totalmente distinto lo manifestado por los profesionales referente a la presencia de familia extensa, en este tópico la opinión reconoce gran importancia como factor protector su presencia, como factor protector para los niños, niñas y adolescentes.

Respecto al ámbito social el grupo entrevistado destaca, con solo una excepción, gran valoración positiva los tópicos presentados como factores de riesgo, las condiciones y fácil acceso a drogas en el barrio, pares con consumo de drogas, participación en pandillas, red SENAME según su experiencia figurarían dentro de

los motivos de consulta con un participación negativa y posibilitadora del inicio del consumo en la población estudiada.

Es importante mencionar, que en muchos de los tópicos presentados en este ámbito los profesionales presentan su preocupación por el nivel de responsabilidad de las políticas públicas en las condiciones sociales barriales consultadas, se destaca la imposibilidad de las familias de proveer mejores condiciones para ellas y sus integrantes desde el cómo se plantean las políticas que supuestamente se formulan con la finalidad de resguardar la mejora en la calidad de vida de las personas.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación que tiene como base el indagar sobre los factores de riesgo concomitantes en la niñez de adolescentes con adicción a drogas, permite presentar a modo de conclusión a los objetivos específicos planteados la información que a continuación se detalla.

La información obtenida a través de la aplicación de encuestas a los usuarios del Centro de Atención Integral en Drogas de la comuna de La Granja, en respuesta a los objetivos planteados para caracterizar de los factores de riesgos presentes en su niñez nos permite entregar las siguientes conclusiones.

Ámbito Individual

La presunción de posibles factores de riesgo ligados a la salud física de los niños y niñas presentada durante la infancia no se encuentra dentro de los factores de riesgo al no registrarse un índice importante de casos con presencia de problemáticas ligadas a esta área. En lo referido a salud mental de los usuarios de CAID La Granja, se podría desestimar su importancia como factor de riesgo pero el importante porcentaje de adolescentes que mantuvo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en su niñez si permiten confirmar la existencia de relación con el consumo. Lamentable es no haber obtenido mayor información respecto a los diagnósticos de dichas intervenciones clínicas, gran parte de los usuarios manifiesta no conocer o no recordar el diagnóstico, antecedentes que hubieran permitido comprobar en esta muestra la relación presente frente al tratamiento del Síndrome Déficit Atencional con Hiperactividad en la infancia y el consumo de drogas durante

la adolescencia, así como la presencia de otras patologías o trastornos tratados en importante número de las personas encuestadas.

Resulta de importancia la recurrencia de problemas relativos a conducta negativa de los niños en el hogar y el colegio, observándose como un factor de riesgo que quizás no tiene impacto directo en el uso de drogas pero si en otras conductas de riesgo como pasos previos al consumo. El alto número de repitencias y deserciones del sistema escolar durante la adolescencia, según antecedentes entregados por CAID La Granja el 60% de sus usuarios se encuentran en deserción escolar al momento de ingresar a los programas, se relacionaría directamente con problemas conductuales que derivan en la deserción escolar luego de intentos frustrados con escaso aporte del sistema escolar por mantenerlos escolarizados. La repitencia durante la infancia no es destacable encontrándose en 1 de cada 4 niños, así como la deserción escolar durante la infancia que corresponde solo a un 1 de cada diez.

Los antecedentes de riesgo producto de mala conducta, repitencia y deserción si bien son considerados en este estudio como factores de riesgo a nivel individual, son considerados con importante influencia de los ámbitos familiar y social debido a la responsabilidad atribuible a estos últimos en el manejo de estas problemáticas.

En cuanto a la consideración de participación en actividades ilícitas y detenciones durante la niñez de los encuestados es desestimada como factor de riesgo, la ocurrencia de estas experiencias se registra solo un 15 y 10% de los niños respectivamente.

Los resultados generales obtenidos en el ámbito individual no son predominantes para constituirse como factores de riesgo en la niñez para el posterior consumo de drogas durante la infancia.

Ámbito Familiar

El número de integrantes del grupo familiar registrado en el estudio es prevalente a familias con alto número de integrantes, registrándose en un 65% las familias con más de 5 integrantes. Situación que permite inferir posible existencia de hacinamiento y dificultades económicas, como se confirma en resultados siguientes, lo que permite considerar el alto número de integrantes en los grupos familiares como un factor de riesgo. Los antecedentes recogidos respecto a composición de la familia no indican un tipo de familia con mayor recurrencia salvo el 35% registrado en familias con ambos padres presentes hermanos, situación que hace desestimar la composición familiar como factor de riesgo.

Respecto al número de personas con actividad económica dentro de las familias sobre el 50% de los casos registra solo una y el promedio de ingresos se establece en 300 mil pesos por grupo familiar. Estos antecedentes unidos al importante número de integrantes en la mayor parte de las familias confirman el hacinamiento y dificultad económica, situaciones altamente documentadas como factores de riesgo para los niños niñas y adolescentes.

La pérdida de un integrante del grupo familiar por fallecimiento se registra en más del 50% de los casos, situándolo como un factor de riesgo, que sin bien es una situación no controlable en la gran mayoría de los casos, si es una experiencia negativa posible de sobrellevar de mejor manera con la ayuda de un entorno familiar protector y en las ocasiones que lo ameriten con un tratamiento psicológico. Al relacionar la alta tasa de esta experiencia en los encuestados con el casi inexistente uso de terapias psicológicas por esa causa, permiten considerar este punto como de riesgo para los niños y niñas.

Un factor de riesgo de gran importancia en este ámbito resultó ser la presencia de consumo de drogas al interior de las familias con una prevalencia del 75%.

Considerando la normalización que produciría en el niño las conductas adictivas de los padres y hermanos, junto a la evidente reducción de factores protectores presentes en el grupo familiar debido al actuar alterado y enfermo de los familiares que padecen la adicción. Esto último es confirmado al relacionar el total de familias con integrantes consumidores de drogas versus el número de niños que recibieron tratamiento psicológico por esta causa. Relación registrada de 1 es 15.

En relación al punto anterior otro resultado digno de destacar es la percepción de los encuestados respecto a la gravedad el consumo, el 60% de los encuestados reconocen el consumo en su familia como grave o problemático, porcentaje que además es cuestionable, infiriéndose la posibilidad de menospreciar la gravedad del consumo por parte de los encuestados, por ser estos también consumidores.

La existencia de violencia intrafamiliar es otro factor de riesgo en la niñez que arroja el estudio, en cuanto el 65% de los encuestados la reconoce presente en sus familias. La violencia psicológica es reconocida en más del 90% de los casos con VIF mientras que la física se encuentra presente en más del 55% de los casos.

La participación en actividades ilícitas es posible reconocer como factor de riesgo debido a que se encuentra presente en el 40% de los casos encuestados. Al igual que el caso del consumo de drogas es posible identificar en estos niños experiencias de abandono y falta de cuidados por parte de sus familias debido a esta característica de integrantes del grupo familiar. Es importante destacar que casi en la totalidad de los casos con familiares con actividad ilícita esta es ejercida por familiares directos como padre o hermanos.

La presencia de enfermedades crónicas dentro de las familias encuestadas si bien registran una alta prevalencia, 70% de los casos, debido a la naturaleza de estas no es considerada como factor de riesgo, en la generalidad de los casos se debería a patologías relacionadas con la edad, no con características traumantes por su gravedad o connotación social.

La posible relación entre la escolaridad de los padres y el riesgo no es confirmada en el estudio, la escolaridad presentada en la muestra corresponde a la media nacional informada por estudios del Ministerio del Interior, situación que no se configura como una característica puntual de esta población.

En general, respecto el ámbito familiar según los antecedentes recogidos por la encuesta a realizada a los usuarios de CAID La Granja, es posible afirmar que esta aporta una importante cantidad de factores de riesgo en la niñez de las y los adolescentes.

Ámbito Social

En el ámbito social, el importante número de encuestados que reconoce la existencia de familia extensa presente y considerando a esta como un factor protector para el desarrollo de los niños y niñas, desestima el factor de riesgo que pudiera estar relacionado con este punto. Sin embargo es pertinente preguntarse el por qué se presentaría consumo en tantos jóvenes con presencia de familia extensa, pudiendo hipotetizar que estas presentarían problemáticas muy similares a las familias nucleares, no teniendo las herramientas necesarias para entregar apoyo a los niños y niñas.

La tenencia de la vivienda es otro factor desestimado como riesgo para los niños y niñas en cuanto el 60% de ellos reconoce haber habitado casa propia, sin embargo, gran número de familias con presencia de abuelos en su composición permiten estimar posible que la tenencia es en realidad de los abuelos y no de los padres.

La percepción de los encuestados del nivel de seguridad del barrio, cifra en 50% el habitar un barrio peligroso, situación que permite inscribir este punto como un factor de riesgo. Justificado además en la posible naturalización del peligro por conocer esta realidad como normal, junto a los antecedentes estadísticos que ubican a la

comuna de La Granja entre las 6 comunas con mayor percepción de delito a nivel regional. (PNUD, Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, opcit)

El 70% reconoce el acceso a drogas entre medio y alto, situación que confirma este indicador como un importante factor de riesgo para la niñez. Confirmado la información recogida, las estadísticas entregadas por Carabineros de la Comuna cifran en 60% de las detenciones por micro tráfico en menores de 18 años.

El factor de riesgo relativo a grupo de pares es posible confirmarlo en cuanto el 65% de los encuestados reconoce a su grupo de amigos como mayor o de diferentes edades situación, entendida por expertos, como un factor de riesgo para la niñez, en cuanto estos amigos mayores al presentar conductas no deseadas provocarían en el niño repetición de las pautas entregadas por el grupo. (Florenzano. et al; opcit)

Los antecedentes del grupo de amigos relativos a participación en actividades ilícitas, detenciones, consumo y participación en pandillas; si bien en ninguno de estos casos la información obtenida arroja cifras al 50% de los casos si son consideradas como factores de riesgo, toda vez que estos antecedentes presentan mayor aparición durante la adolescencia.

La incorporación a la red SENAME al no presentarse con una presencia mayor al 15% de los encuestados no representa un factor de riesgo para las niñas y niños, sin embargo es cuestionable el bajo número de casos vinculados a esta red en relación a la alta vulneración informada en el ámbito familiar, situación que refuerza la impresión de mayor responsabilidad en el ámbito familiar y social frente a los riesgos presentes para esta población.

La vinculación vecinal consultada en cuanto a existencia de actividades entre vecinos y en junta de vecinos, así como la participación de las familias encuestadas en estas actividades, permite observar altos niveles de prevalencia positiva en las

consultas. Esta situación hace cuestionar la calidad o si el tipo de actividades cumplía una finalidad preventiva para los niños y niñas.

En una mirada general el ámbito social se identifica como un lugar en donde el niño o niña se encuentra con un importante número de factores de riesgo, como son el peligro y el acceso a drogas en el barrio, la caracterización del grupo de pares, entre otros. Desde una posición distinta se encuentran los indicadores respecto a presencia de familia extensa y actividades vecinales, los cuales se presumían encontrar en niveles muy por debajo de los encontrados.

Los objetivos específicos orientados a establecer la percepción de los profesionales del área de salud mental respecto a la implicancia de factores de riesgo en la infancia que promuevan la adicción de adolescentes a drogas, información obtenida a través de técnica de grupo focal con los profesionales antes indicados.

Es posible concluir que la opinión de los consultados confirma la existencia de la relación entre factores de riesgo en la niñez y un posterior consumo de drogas en la adolescencia. Cabe señalar que durante la conversación con el equipo de profesionales fue permanente la dificultad del grupo para diferenciar el origen o ámbito al cual asignarle responsabilidad por ellos, resultando en todo momento la discusión en torno a la multiplicidad de elemento que podrían participar en la existencia de cada uno de los factores de riesgo identificados, aludiendo al dinamismo, sinergia y reciprocidad que existen en los tres ámbitos consultados.

Sin duda el equipo es categórico al presentar en su análisis que el ámbito familiar correspondería al de mayor influencia en los factores de riesgo durante la infancia de los y las adolescentes, siempre relacionado con la predisposición posible de detectar en el nivel individual y a consecuencia de las carencias y disposiciones estatales que aporta en ámbito social.

Ante la consulta específica sobre las características individuales, los entrevistados desestiman la presencia de factores de riesgo definidos, en cambio sí reconocen la existencia de conductas y patologías posibles de definir como predisponentes que frente a un inadecuado tratamiento realizado por las familias y en casos de mayor complejidad por los instituciones como escuela, salud y protección de la infancia podrían transformarse en factores de riesgo. Destacable resulta la mención referente a la presencia del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad cada vez más frecuente en la infancia de nuestro país, frente al cual los profesionales concuerdan en la facilidad con que se presume la existencia de este trastorno y en los casos que verdaderamente se presenta no existe unanimidad en la opinión científica de cuál es la mejor manera de tratar a las niñas y niños que lo padecen. Considerando en definitiva este problema de salud mental con un claro pronóstico de riesgo para la infancia.

En el ámbito familiar las características reconocidas por los profesionales se presentan con mayor facilidad, destacando situaciones de vulnerabilidad explícitas como la violencia intrafamiliar y todos los tipos de maltrato, las violaciones y abuso sexual, el inadecuado establecimiento de límites que permite caer en extremos de rigidez o lasitud.

Otro aspecto relevante de este nivel es la observación frente a la carencia afectiva dentro de la familia, identificando este problema como una negligencia, en especial producida por los progenitores o adultos responsables de la crianza de niños y niñas. Situación que representa un factor de riesgo.

Resulta importante que los factores presentados anteriormente referente al ámbito familiar son reconocidos por los profesionales en un nivel de mayor relevancia a la situación económica que puedan enfrentar las familias, aludiendo a la presencia de estas características a grupos familiares de los diferentes estratos sociales.

En el ámbito social la opinión vertida es posicionada con mayor claridad en sector de la población con mayor precariedad de recursos. Situando en esta población la presencia de mayor cantidad de factores de riesgo atribuidos a la caracterizaciones de orden económico que posibilitan el involucramiento con micro tráfico, inseguridad en los barrios, falta de acceso seguro a espacios públicos, entre otras.

La responsabilidad final a estas características en rasgos generales es endosada a como el estado planifica el apoyo a las familias con menores ingresos, permitiendo de algún modo, disponer condiciones de vida en ambientes que debido a su precariedad no pueden controlar o mejorar estas “realidades” por necesitar cambios estructurales no posibles de asumir por las familias en su conjunto sin una voluntad política de largo aliento.

Para el análisis de la valoración de los factores de riesgo, al igual que en las encuesta a usuarios, se han dividido las conclusiones en los tres ámbitos propuestos.

Ámbito individual.

Ante la consulta de la importancia de enfermedades y discapacidad física, se desestima valorar la influencia de estas dificultades como un factor de riesgo para los niños. En cuanto a la presencia de enfermedades mentales o trastorno se considera algún grado de importancia, pero en todos los casos es reconocida por los profesionales esta preexistencia como una predisposición que dependerá de la influencia de los ámbitos social y especialmente familiar transformarse en un factor de riesgo. Todos los factores en el ámbito individual se encuentran muy reñidos en su validez por la deficitaria actuación de los ámbitos familiares y sociales, restándoles importancia en sí mismos, o al menos poniéndola en duda, la verdadera importancia que podrían haber significado en el posterior consumo de drogas de las niñas y niños se encontraría vinculado a la falta de factores

protectores familiares y social que no fueron capaces de entregar herramientas de acuerdo a sus necesidades. Incluso frente a dificultades cognitivas.

Vale recordar, que la opinión aquí es sesgada por la participación exclusiva de profesionales que trabajan en salud mental no incluyendo a médicos y psiquiatras, que según los entrevistados podrían no estar de acuerdo con la valoración hecha por este equipo.

Relativo al problema de mala conducta en el hogar y la escuela se minimiza su importancia, del mismo modo son considerados los aspectos repitencia escolar y deserción.

La participación en actividades ilícitas, si bien es considerada de riesgo por los profesionales, no es valorada como un factor de riesgo antes del consumo, asumiendo que en la generalidad de los casos esta conducta se presenta posterior al consumo de drogas en los adolescentes.

Grupo Familiar

La composición del grupo no tiene, para los consultados, importancia al momento relacionarla con el consumo adolescente. Destacando el no existir un perfil específico de la composición familiar en las familias consultantes. En cambio las malas prácticas de relación familiar son valoradas de gran relevancia en esta relación, situaciones que junto a las problemáticas propias de la etapa del ciclo vital producirían en los adolescentes experimentar conductas de riesgo como es el consumo.

El consumo de drogas al interior del hogar es valorado de forma categórica, debido a la normalización que se produciría del consumo, falta de protección recibida por los niños dentro de familias con esta problemática, carencia de apego positivo o

instalación de apego hacia la conducta de riesgo presentada por integrantes del grupo.

En cuanto a la relación con la participación en actividades ilícitas y detención de alguno de los integrantes del grupo familiar, es importante la valoración que realizan los entrevistados. Se manifiesta que no existiría forma para que estas experiencias no significaran un riesgo para los niños. Considerando diferentes posiciones frente al tema, todos los participantes concuerdan en la relevancia de este punto en relación al consumo.

Sin duda, la ausencia de figuras paterna es considerada como factor de riesgo relevante. La incorporación del indicador “familia” en prácticamente la totalidad de los tópicos analizados, confirma la importancia de la presencia de figuras paternas para un adecuado desarrollo de los hijos. Cabe destacar que se considera en este tópico la presencia de figuras significativas en reemplazo de los padres en las familias que no existen físicamente por diversos motivos.

El nivel de escolaridad de los padres o adultos encargados de la crianza de los niños y niñas no es considerado de importancia como factor de riesgo. Situación que nuevamente es reflejada en el perfil de las familias que son atendidas por este equipo de profesionales en diferentes instituciones de orden público y privado.

La respuesta a la consulta de relación con el nivel de ingresos, si bien encuentra valoración entre los entrevistados es considerada en menor escala al analizar la mayor valoración a otros aspectos dentro de las familias que afectarían a los diferentes grupos sin considerar el factor económico.

Un aspecto que definitivamente es considerado con altísima valoración es la presencia de violencia en sus diferentes manifestaciones junto a la violación y abuso sexual. Frente al abuso y la violación se destaca la importante presencia de este factor en el consumo adolescente de personas de sexo femenino.

En cuanto a la presencia de familia extensa cercana a los grupos nucleares es reconocida por los entrevistados como un factor protector de relevancia en cuanto estas personas permitirían prestar mayor apoyo a los niños y niñas en su desarrollo previniendo su participación en conductas de riesgo.

Contexto Social

La percepción de la seguridad en el barrio de residencia de los niños y niñas es valorado como un factor de riesgo, existiendo la salvedad que este problema no se manifiesta de igual manera para toda la población, sin duda la seguridad barrial no es la misma en una comuna con buenos ingresos que en otra donde el micro tráfico o el robo se ha instalado, en parte como una forma de subsistir.

Totalmente en línea con el punto anterior la accesibilidad a las drogas se presenta de diferente forma en las diferentes comunas, siendo un factor de riesgo importante en las villas carenciadas. Sin duda impacta la facilidad del acceso en todos los sectores pero sin duda es distinto que en un sector acomodado el usuario de drogas se comunice con un traficante para reunirse y concretar la transacción, que en un barrio humilde todos los residentes vean en cualquier momento y lugar de su barrio este tipo de comercio.

Es importante destacar de análisis realizado por los encuestados donde ligan la nuevamente los tres ámbitos consultados, como influye la política en el barrio, este en la familia y esta última en las personas que la componen. Posibilitando de esta forma un sin número de situaciones que afectan el desarrollo de cada integrante del grupo.

La relación de consumo con la presencia de grupo de pares con consumo es considerado de gran importancia por los entrevistados. En cuanto a la opinión del factor género, observado desde lo cultural, más castigador para el sexo femenino y

en otras afirmaciones en donde la experiencia permite argumentar una mayor similitud en el consumo actual de ambos sexos.

Frente al indicador de participación en pandillas, si bien es reconocido con una alta valoración, es también analizado desde las razones que llevan a los jóvenes a la práctica y la responsabilidad familiar y social en la constitución de estas agrupaciones.

La vinculación de niños, niñas y adolescentes con la red SENAME, entendida como la participación de programas “protectores” en régimen interno, los profesionales la catalogan como un factor de riesgo relevante, debido a la exposición y duda en el grado de protección que estos programas entregan. Validando además la opinión en estudios que confirmarían las desventajas que presenta biológicamente un niño que vive en un ambiente distinto al familiar.

En un sentido totalmente distinto es la valoración positiva que los profesionales entregan a la participación en redes barriales, juntas vecinales, clubes deportivos, etc. Actividades que se convertirían en redes informales principalmente preventivas al servicio de los sujetos dentro de un ambiente que a la vez es riesgoso. Es decir, es posible la realización de actividades protectoras dentro de espacios desfavorables a nivel social tal como se puede realizar dentro de la familia.

A modo de concluir, es destacable el análisis hecho por el psicólogo Alejandro Iglesias, en grupo focal de profesionales, en donde relaciona el consumo de drogas con la manifestación de la ansiedad. Identificando la aparición del fenómeno de consumo de drogas en adolescentes como una manifestación de la ansiedad producida por una gran variedad de situaciones vivenciadas por las niñas, niños y adolescentes que sin disponer de un adecuado espacio de contención, limita la posibilidad de verbalizar cuestionamientos, rabias, carencias, incluso alegrías, que finalmente al no ser direccionadas adecuadamente se transformarían en conductas

de riesgo favoreciendo la adicción a drogas, situación posible de aplicar a los tres ámbitos revisados en el presente estudio.

Respecto a las hipótesis propuestas para este estudio, es posible determinar que en la primera de ellas, que propone:

“La existencia de factores de riesgo, tales como familiares con consumo de drogas, violencia intrafamiliar, entre otras; presentes en la infancia, aumenta las posibilidades de desarrollar adicciones a drogas durante la adolescencia”.

Los antecedentes recogidos en la encuesta a los usuarios de Centro de Atención Integral en Drogas de la comuna de La Granja permite confirmar su planteamiento al reconocer la presencia de los factores de riesgos propuestos en la hipótesis y un importante número de otros factores de riesgo durante la infancia de estos niños y niñas que facilitaron su relación con el consumo de sustancias.

Del mismo modo, la literatura consultada confirma como ciertas características del grupo familiar y social exponen a los niños y niñas a conductas de riesgo no esperadas para un adecuado desarrollo.

La opinión de los profesionales con experiencia en el trabajo con jóvenes consumidores de drogas, asevera que los factores de riesgo presentes en infancia es un determinante para el desarrollo de esta conducta durante la adolescencia.

Respecto a la hipótesis número dos, que dicta:

“La efectiva presencia activa del grupo familiar como factor protector en la infancia disminuye la vinculación de adolescentes con el consumo de drogas”.

Esta hipótesis es confirmada aludiendo al análisis de los resultados de la encuesta aplicada, que permite identificar e inferir en un sin número de oportunidades la ausencia de factores protectores tanto familiares como sociales en la vida de los adolescentes, situación que aportó de forma significativa en el desarrollo de la conducta de consumo.

Es también la suma de opiniones vertidas por los profesionales participantes del grupo focal evidencia que afirma, según su experiencia profesional con población en cuestión, el relevante papel que juega la familia como facilitadora de factores protectores en sus integrantes, en especial los niños y niñas, personas que debido a su edad son moldeables en la construcción de pautas de desarrollo. En este punto se confirma además la importante contribución, hoy con grandes carencias, de la sociedad en su conjunto de posibilitar la existencia de espacios que ayuden a las familias a entregar factores protectores a sus hijos e hijas

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de los hallazgos más importantes identificados en la elaboración de esta investigación es posible presentar los siguientes:

- La familia sigue y seguirá siendo un factor determinante en la formación de los hijos e hijas, el afecto entregado condiciona significativamente la formación entregada, impactando sin lugar a dudas el valor que ellos asignen a esta formación.
- La presencia de violencia intrafamiliar y maltrato infantil informado por los encuestados y confirmado en las estadísticas comunales, representan cifras altísimas que evidencian niveles de vulnerabilidad en la población estudiada, que tengo la impresión, no son las esperadas o sentidas por la población general en nuestros días. Esta disminución, por la percepción de este tipo de riesgos, aumenta los niveles de vulnerabilidad y que exponen a nuestros niños, niñas y adolescentes.
- La falta de estudios disponibles respecto a la prevalencia de consumo de drogas en población general en nuestro país, es otro hallazgo observado en la ejecución de este estudio. Solo el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol realiza estudios de estas características a nivel nacional. Dificultando el conocimiento de la realidad existente. En especial con contrastar la ausencia de antecedentes relativos al comportamiento de consumidores en estratos socio económicos altos, es en esta población donde la información no se encuentra disponible en programas de salud públicos haciendo imposible considerar su prevalencia y gravedad.

- La facilidad con que las y los adolescentes nos facilitan conocer de sus vidas en este estudio, todas ellas marcadas por carencias afectivas y económicas, con importantes historias de maltrato y negligencia, permiten imaginar un continuo tránsito por instituciones relacionadas con infancia que ha naturalizado en ellos la exposición de sus vidas, situación que por necesaria que sea no me parece pertinente que llegue a asumirse como algo natural. O desde otro prisma, ver en esta fácil exposición una necesidad de mostrarse al otro, desde el visualizarse como una persona, una con graves problemas muchas veces ignorados por su entorno familiar y social.
- Si bien es reconocida la múltiple influencia de todos los actores y las dinámicas relaciones producidas entre ellos en la formación de las personalidades de los niños y niñas, la baja valoración que asignan los profesionales con experiencia en trabajo con adolescentes a la existencia de factores de riesgos de origen individual llama la atención. En cuanto consideran de responsabilidad exclusiva la presencia o ausencia de soporte familiar adecuado, no la necesaria influencia social, el desarrollo de conductas de riesgo en la vida de las niñas, niños y adolescentes
- La disminución de recursos en el área preventiva producida en el actual gobierno a las políticas de drogas nacionales son sin duda, una situación preocupante. Los resultados de esta investigación revelan la importancia de estas actividades a nivel familiar y social en los primeros años de vida con miras a una disminución de la prevalencia en el consumo de toda la población.
- La mirada nacional y mundial de penalización al consumo e instalación de programas de rehabilitación como pilares en el control de los efectos

provocados por el consumo de drogas en todos los niveles, ha demostrado un importante estancamiento en los avances propuestos y ante esta evidencia no existen iniciativas de peso que puedan modificar el escenario actual.

APORTES DEL TRABAJO SOCIAL

A diferencia de sus orígenes, el Trabajo Social como disciplina hoy tiene un importante carácter promotor de la persona, como responsable de contribuir en la generación de los cambios necesarios a nivel individual, familiar y social para una real y eficiente forma de mejorar el desarrollo de las personas.

Sin embargo, como resultado de esta investigación, quedo con la sensación que en el caso de la identificación y el actuar frente a los problemas que aquejan a la población infantil, en especial de sectores carenciados de nuestra población, el Trabajo Social mantiene en norma general una actitud de respuesta a las bases manifiestas por el sistema de políticas públicas que pretende atacar parcelada, las manifestaciones de las problemáticas presentes en la población para luego buscar las instancias estatales y privadas que puedan contribuir en la mejora de estas condiciones. Esto es, cumplir con lo que se nos pide sin importar o no mirando un poco más allá, lo que se necesita.

La función del trabajador Social bien desarrollada desde un consultorio, colegio, Oficina de Protección de Derechos o cualquier otra institución prestadora de servicios al estado, sin duda, contribuirá importantemente al cumplimiento de los objetivos propuestos por cada institución pero mientras el trabajo se lleve a cabo desde cada una de estas islas sin una integración verdadera significará a la vez una labor limitada y estrecha en recursos, que podría ser remediada con una efectiva integración del trabajo de todas estas instituciones.

Creemos firmemente que esta función si bien es necesaria, no es suficiente. Las necesidades de intervención no solo podemos dejarlas a instancias de reparación

si pensando en el carácter promotor de la disciplina del Trabajo Social, la entrega de herramientas en fases previas a que se desencadene la problemática o al menos en instancias cercanas al origen es de gran importancia, pudiendo así entregar intervenciones de menor magnitud, aprovechando las capacidades de los actores principales que son los propios integrantes de las familias y comunidades.

Un planificado y compartido trabajo en red entre las instituciones podría de mejor manera coordinar los esfuerzos de cada institución, haciendo más efectivos los resultados obtenidos por las personas en una de las instituciones si esta cuenta con el apoyo de otra que ya intervino, lo está haciendo con otro objetivo o trabaja con otros integrantes de la familia. De este modo se disminuye la exposición de la que son víctimas las personas en cada institución, se reducen los niveles de sobre intervención y además como valor agregado se aminoran los costos.

En este punto, la presencia del trabajador social dentro de los colegios es débil y no solamente en cantidad de profesionales que se desempeñan en estas instituciones, sino también en las funciones que estos desarrollan. Netamente por un tema de formación académica, porque desde la personal puede variar grata o ingratamente, el Trabajo Social se puede vincular desde una perspectiva muy distinta al profesor frente a los niños, niñas y adolescentes, pudiendo generar un trabajo preventivo y de intervención con una mirada metodológica diferente al ámbito académico, espacio que en la generalidad no se está aprovechando dentro de los establecimientos educacionales y desde aquí en la comunidad. La instalación de un colegio en un barrio determinado sugiere la incorporación de este en esa comunidad puntual y como ambas se benefician en pro de una mejor calidad de vida de los sujetos.

Otra necesidad ya enunciada en párrafos anteriores, es la importante pérdida del espacio comunitario en el Trabajo Social. Las comunidades de base como juntas vecinales, clubes deportivos, talleres populares, entre otros, siguen estando en las villas y poblaciones pero el aporte entregado a esos se limita a compra de materiales o costos de monitores para la especificidad de actividades que desarrollan, mientras que el aporte profesional se dedica a la presentación de proyectos para el desarrollo de las referidas actividades, excluyendo la presencia de un profesional que promueva instancias de intervención con mayores aspiraciones, que una vez identificadas por los sujetos, de seguro se instalarían como un valor adicional y de mayor importancia a largo plazo, que el motivo puntual que los reúne.

Evidentemente esta actividad no se generará como voluntariado en nuestros días para que tenga la validez y constancia que se necesita, y es aquí donde la incorporación del Trabajo Social es necesario en instancias de planificación de políticas públicas que puedan entregar valoración a estos espacios incluso dentro de los programas existentes en instituciones de trabajo directo con la población. Un ejemplo puntual de esto pueden ser los fondos concursales de los Centros de Salud Familiar, que destinan una cantidad de recursos a mini proyectos de organizaciones de base con carácter preventivo en salud, sin intención de restar importancia a las propuestas que se presentan, como son la realización de talleres deportivos, de folklore, huertos, etc. estos, sin un acompañamiento profesional que pueda entregar otras herramientas de prevención con un objetivo claro y ligado a situaciones puntuales diagnosticadas en la población específica, no generarán un impacto que trascienda en los participantes del taller.

Es más, podemos mirar este ejemplo desde el punto de vista económico. Si existe la organización que busca el proyecto, ya se cuenta con la población cautiva y con interés en realizar un trabajo en conjunto así como los recursos para este, el espacio físico está en la misma institución y en la unidad vecinal. Solo se necesitaría incluir

las horas del profesional capacitado para realizar el trabajo en el horario que se adecúe a la población específica.

La presencia del Trabajo Social en estas instancias de trabajo directo con la población, junto con la entrega de herramientas que promuevan los factores protectores en un escenario muy distinto a los promovidos hoy por las instituciones, se encuentra además en un espacio de intimidad con las personas haciendo posible la identificación de hechos que pudieran estar afectando a integrantes puntuales del grupo, familias o población. Permitiéndole incorporar a estos a instancias disponibles en la red que faciliten una intervención precozmente del problema, disminuyendo la probabilidad de rigidez o agudización de este.

Las intervenciones en esta línea, creo podrían a largo plazo significar mejoras importantes en cuanto a prevención efectiva de la población, situación que entregaría antecedentes claros de menor necesidad de actuación con finalidad curativa o de rehabilitación.

El estudio aquí presentado da cuenta de la experiencia de profesionales del área social con población de riesgo, información que como en otros estudios, aportan antecedentes que como vemos, están disponibles y podrían ser tomados en cuenta para la implementación de programas de prevención a nivel nacional. Mi duda radica en porque el estado no los ve o no les interesa verlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Barudy. J. (2005) Los buenos tratos en la infancia, parentalidad, apego y resiliencia. Resiliencia y buenos tratos infantiles" "Manifestaciones del sufrimiento infantil por malos tratos: aspectos clínicos y terapéuticos" Editorial Alvagraf. Barcelona España. (1era Ed.)
- Campanini A. y Luppi F. (1996) Servicio Social y Modelo Sistémico. Una Perspectiva para la práctica Cotidiana. Editorial Paidós Ibérica, S.A. Barcelona España. (2da Ed)
- Cañal, M. (2003) Adicciones: Cómo prevenirlas en niños y jóvenes. Grupo Editorial Norma. Bogotá. (1era Ed.)
- CONACE (2011) Estrategia Nacional Drogas y Alcohol 2011 – 2014. Santiago (1era. Ed.)
- De Rementería I. (2001) Prevenir en drogas: Paradigmas, Conceptos y Criterios de Intervención. S E R I E Políticas Sociales. Santiago de Chile, septiembre de 2001. División de Desarrollo Social. Naciones Unidas. CEPAL.
- Fishman H. (1989) Tratamiento de Adolescentes con Problemas. Un Enfoque de Terapia Familiar. Editorial Paidós Buenos Aires. (1era. Ed.)

- Flaquer, L. (1998) El Destino de la Familia. Editorial Ariel. Barcelona (1era Ed.)
- González C. Funes J. González S. Mayol I. y Romaní O. s/a Repensar las drogas: Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación. Editorial Grup Igia. España
- Hernández, Fernández y Baptista. (1997) Metodología de la Investigación. McGraw—Hill Colombia. (2da. Ed.)
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2012) Victimización ENUSC y Casos Policiales de Delitos de Mayor Connotación Social año 2011. Elaborado por el Departamento de Estudios y Estadísticas. Subsecretaria de Prevención del Delito. Santiago.
- Munichin S. y Fishman H. (1983) Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. SAICF, Buenos Aires. (5ta reimpresión. 1997)
- NIDA. (2004) Como Prevenir el Uso Drogas En los Niños y los Adolescentes. National Institute on Drug Abuse. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Maryland. (2da. Ed. Abreviada 2004)

- Quintero Velásquez, A. (1997) Trabajo Social y Procesos Familiares. Editorial LUMEN HVMANITAS. Argentina (1era. Ed.)
- Rodrigo, M y Palacios, L. (coordinadores) (2003) Familia y Desarrollo Humano. Alianza Editorial. Madrid España.
- San Lee, L. (1998) Factores de Riesgo y Protectores en el Medio Universitario Costarricense. (Investigación Cualitativa-grupos Focales). Instituto Tecnológico de Costa Rica. Taller de publicaciones. San José. (1era Ed.)
- SENDA (2012) Noveno Estudio de Drogas en Población Escolar en Chile 2011. Santiago (1era. Ed.)

Fuentes Electrónicas

- Banco de Buenas Prácticas en Prevención del Delito en América Latina y el Caribe (s/a) Artículo “Equipo de Gestión Comunal de Casos de La Granja – Chile” s/a. [Consultado 30 de marzo de 2014].
http://buenaspracticasenprevencion.org/bbp_docs/31_equipo_de_gestion_comunal_de_casos_de_la_granja.pdf
- Biblioteca Congreso Nacional (2013) Artículo “Lo que dice la Ley 20.000 y la situación en otros países”. 18 de junio 2013. [Consultado 4 noviembre de 2013].
http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/marihuana-en-chile-lo-que-dice-la-ley-20000-y-la-situacion-en-otros-paises
- Biblioteca Congreso Nacional (s/a) Reportes Estadístico Comunales 2012. [Consultado el 4 de noviembre de 2013]
http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/Puente_Alto
- Bouche H, Hidalgo F y Álvarez B., (2005) Mediación y Orientación Familiar Editorial DIKYNSON, España [Consultado 2 de Julio de 2003]
<http://books.google.cl/books?id=05Ayw4wssgYC&pg=PA265&dq=linares>

+y+coletti,+1997&hl=es-419&sa=X&ei=UFAHUt5HKafiAKhuoCgCQ&ved=0CDkQ6AEwAw#v=onepage&q=linares%20y%20coletti%2C%201997&f=false

Escartín M. J. (2004)

Las familias Multiproblemáticas y los Servicios Sociales. BITS nº 16, 2004. Boletín Informativo de Trabajo Social - ISSN 1578-9578
Facultad de Trabajo Social de Cuenca© Universidad de Castilla-La Mancha [Consultado 28 de junio de 2013]<http://www.uclm.es/bits/sumario/28.asp>

González C. (2004)

Legalización Simbólica y administrativización del Derecho Penal: La Penalización del Consumo de Drogas. S.A. Distribuciones Editores 2004. Madrid [Consultado 21 de agosto de 2013]. http://scholar.google.cl/scholar?start=0&q=penalizacion+consumo+drogas&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1
Dialnet-
legislacionSimbolicaYAdministrativizacionDelDerech-2529883[1]

Hein A. (2004)

Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura

nacional e internacional. Fundación Paz Ciudadana. Chile. (1ra Ed.) [Consultado el 27 de mayo de 2013] http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20090623190509.pdf

I. Municipalidad de Puente Alto (2005)

Análisis Espacial información censal 2002, Comuna de Puente Alto, D.O.M., Catastro. Santiago [Consultado el 16 de abril de 2013] http://www.mpuentealto.cl/catastro/Censo_2002.pdf

Ministerio del Interior (2012)

BOLETÍN COMUNAL LA GRANJA
Victimización ENUSC y casos policiales de delitos de mayor connotación social Año 2011. Departamento de Estudios y Estadísticas Subsecretaría de Prevención del Delito – Ministerio del Interior y Seguridad Pública Santiago, Mayo de 2012. [Consultado 10 de febrero de 2014] http://www.seguridadpublica.gov.cl/filesapp/13_enusc_2011_la_granja.pdf

ONUDD. (2013)

Informe Mundial sobre las Drogas 2013. United Nations Office on Drug and Crime. Resumen Ejecutivo

[Consultado el 18 de agosto de 2013]
http://www.unodc.org/bolivia/es/stories/informe_mundial_sobre_drogas_2013.html

Organización Mundial de la Salud (s/a): Definición Factores de Riesgo. [Consultado el 27 de mayo de 2013]
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Real Academia Española. (2001) Diccionario de la Lengua Española. España (22da. Ed.) [Consultado el 27 de mayo de 2013]
<http://www.rae.es/rae/Noticias.nsf/Portada1?ReadForm&menu=1>

SENDA (s/a): Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Prevención en la Familia. Factores Protectores y de Riesgo. [Consultado el 27 de mayo de 2013]
<http://www.senda.gob.cl/prevencion/familiar/factores-protectores/>

SENDA (2013) Décimo Estudio de Drogas en Población General. Principales Resultados. Servicio Nacional para

la Prevención y Rehabilitación del
Consumo de Drogas y Alcohol.
[Consultado 29 de Octubre de 2013]
[http://www.senda.gob.cl/wp-
content/uploads/2013/10/InformeEje-
cutivoENPG2012.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf)

SSMSO Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (2010): Anuario Servicio
de Salud Metropolitano Sur Oriente
2010. Santiago [Consultado el 16 de
abril de 2013]
[http://www.ssmso.cl/estadisticas/Est-
adisticas_2010/Anuario2010.htm](http://www.ssmso.cl/estadisticas/Estadisticas_2010/Anuario2010.htm)

ANEXOS

**ANEXO 1
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Factores de Riesgo en la infancia	<p>La Organización Mundial de Salud los define como: "...Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión"(OMS, 2013)</p> <p>Para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, es definido como: "Los factores o condiciones que hacen que la conducta de riesgo sea más probable. [...] Es muy importante mencionar que los factores de riesgo por sí mismos no determinan la conducta de riesgo, sino que más bien tienen un efecto acumulativo". (SENDA, 2012)</p> <p>Para la fundación Paz Ciudadana la definición es la siguiente: En términos más específicos, cuando se habla de factores de riesgo se hace referencia a la presencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes,</p>	<p>Para el presente estudio consideraremos como factores de riesgo todas las situaciones que durante la infancia de las y los adolescentes estudiados hayan significado, según la valoración posible de identificar a través de encuestas a sus familias, de todas las características, situaciones y contextos que puedan haber expuesto a las y los adolescentes durante su infancia a algún tipo de vulneración, privación o posición de desventaja respecto a los estándares esperados para un adecuado desarrollo.</p>	Individual	<p>Presencia de enfermedades Físicas *Discapacidad</p> <p>*Enfermedades crónicas</p> <p>*Enfermedades importantes</p> <p>Mentales *Discapacidad</p>	<p>¿Tuvo o tiene alguna discapacidad física? ¿Fue diagnosticada? ¿Cuál es el diagnóstico? ¿Tiene alguna enfermedad crónica? ¿Fue diagnosticada? ¿Cuál es el diagnóstico? ¿Tiene alguna enfermedad importante? ¿Fue diagnosticada? ¿Cuál es el diagnóstico?</p> <p>¿Tuvo o tiene alguna discapacidad cognitiva? ¿Fue diagnosticada?</p>

	<p>incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Estos problemas promueven la ocurrencia de desajustes adaptativos que dificultarían el logro del desarrollo esperado para el joven en cuanto a su transición de niño a adulto responsable y capaz de contribuir y participar activamente en la sociedad. (Andreas Hein, 2004. 3)</p> <p>Es posible evidenciar en las tres definiciones citadas, plantean que los factores de riesgo pueden ser de diferente índole y posibles de encontrar en todo caso a estudiar, sin ser por ello determinantes en los resultados esperados para el sujeto o grupo en estudio, sino que, pueden significar solo el aumento de probabilidades de ocurrencia de determinada alteración al resultado esperado para el sujeto o grupo de estudio.</p>			<p>*Déficit o Trastornos</p> <p>Comportamiento *A nivel familiar</p> <p>*A nivel escolar</p> <p>Años de repitencia escolar</p> <p>Deserción escolar</p>	<p>¿Cuál es el diagnóstico? ¿Tuvo o tiene atención psicológica o psiquiátrica? ¿Fue diagnosticado? ¿Cuál es el diagnóstico? ¿Existieron dificultades en el manejo conductual en el hogar? ¿Existieron dificultades en el manejo conductual en el colegio? ¿Hubo consecuencias por esto? ¿Ha repetido algún curso? ¿Qué curso repitió? ¿Cuántos años repitió? ¿Estuvo fuera del colegio? ¿Cuál fue el motivo de deserción? ¿Número de años fuera del colegio?</p>
--	--	--	--	---	--

			Familiar	<p>Participación en actividades ilícitas</p> <p>Otros</p> <p>Número de integrantes del grupo familiar</p> <p>Tipo de relación entre los padres</p> <p>Situaciones Problemáticas *Consumo de drogas y alcohol</p>	<p>¿Participación en sistema informal de estudio?</p> <p>¿Tuvo vinculación a actividades ilícitas?</p> <p>¿Fue detenido en alguna ocasión?</p> <p>¿Cuántas personas componían el grupo familiar?</p> <p>¿Quiénes integraban el grupo familiar?</p> <p>¿Vivía con ambos padres?</p> <p>¿Separación de padres?</p> <p>¿A qué edad del niño se produce la separación?</p> <p>¿Fallecimiento de familiar importante?</p> <p>¿Existen familiares con consumo de drogas?</p> <p>¿Qué tipo de droga?</p> <p>¿Cuál fue el nivel de consumo?</p> <p>¿Existen familiares con</p>
--	--	--	----------	--	--

				<p>*Familiar en la cárcel o con antecedentes delictivos</p> <p>*Ausencia de figuras parentales</p> <p>*Familiares con enfermedades crónicas</p> <p>*Antecedentes de VIF y/o abuso</p> <p>* Situación habitacional</p>	<p>consumo de Alcohol? ¿Cuál fue el nivel de consumo? ¿Algún familiar mantuvo actividades ilícitas? ¿Algún familiar estuvo detenido? ¿Cantidad de años detenido? ¿Ambos padres son presentes en la crianza del niño? ¿Algún integrante de la familia padece enfermedad crónica? ¿Quién? ¿Cuál enfermedad? Existen antecedentes de VIF y/o en el grupo familiar? ¿Quién la ejerce? ¿Qué tipo de VIF y/o abuso se ejerce? La casa que habitaban era: Propia, arrendada, cedida, ocupada, otro.</p>
--	--	--	--	---	--

			Social	<p>*Antecedentes de hacinamiento</p> <p>*Escolaridad de los padres o encargados de crianza</p> <p>¿Situación laboral?</p> <p>*Familia extensa</p> <p>Nivel de ingresos económicos</p> <p>Otros</p> <p>Residencia en barrios vulnerables</p> <p>Fácil acceso a drogas</p>	<p>¿Considera usted que la vivienda era adecuada al grupo familiar?</p> <p>¿Cuántas personas habitan por dormitorio?</p> <p>¿Nivel de estudios del padre?</p> <p>¿Nivel de estudios de la madre?</p> <p>¿Cuántas personas del grupo familiar trabajaban?</p> <p>¿Existía familia extensa cercana al niño?</p> <p>¿Existía red de apoyo familiar?</p> <p>¿Quiénes componían este grupo?</p> <p>¿Cuál era el nivel de ingresos con qué contaba la familia?</p> <p>¿Considera usted que vivió en un barrio peligroso?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Qué tipo de peligro existía?</p> <p>¿Considera usted que el acceso a</p>
--	--	--	--------	--	--

				<p>Pares con diferencia etaria</p> <p>Pares con antecedentes delictivos</p> <p>Pares con consumo de drogas y/o alcohol</p> <p>Participación en pandillas</p> <p>Vinculación a red SENAME</p>	<p>drogas fue expedito? ¿Por qué? ¿A qué tipo de drogas se accedía fácilmente? ¿Los amigos del niño tenían su misma edad? ¿Por qué cree usted que frecuentaba grupos de distinta edad? ¿Los amigos del niño estaban vinculados a actividades ilícitas? ¿Qué tipo de actividades ilícitas? ¿El niño tuvo amigos que fueron detenidos? ¿Los amigos del niño consumían alguna droga y/o alcohol? ¿Qué tipo drogas?</p> <p>¿Participó el niño de pandillas? ¿Durante cuánto tiempo? ¿El niño participo de algún</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>Conectividad</p> <p>Actividades intervecinales</p> <p>Existencia de redes</p> <p>Otros</p>	<p>programa SENAME? ¿Estuvo internado? ¿Cuál fue el motivo de la internación? ¿Cuánto tiempo estuvo en la institución? ¿Cómo clasificaría la accesibilidad de su barrio a servicios como colegios, salud, supermercados, etc. ¿Existían en su barrio actividades entre los vecinos? ¿JJVV tenía actividades como talleres, capacitación, etc? ¿Integrantes del grupo familiar participaba de alguna actividad vecinal, religiosa u otra?</p>
--	--	--	--	---	---

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Percepción Profesional	<p>La Real Academia de la Lengua Española define percepción como:</p> <p>1. f. Acción y efecto de percibir.</p> <p>2. f. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.</p> <p>3. f. Conocimiento, idea. (Rae, 2001)</p> <p>Y la definición para Profesional es:</p> <p>1. adj. Pertenciente o relativo a la profesión.</p> <p>2. adj. Dicho de una persona: Que ejerce una profesión. <i>U. t. c. s.</i></p> <p>3. adj. Dicho de una persona: Que practica habitualmente una actividad, incluso delictiva, de la cual vive. <i>Es un relajero profesional. U. t. c. s. Es un profesional del sablazo.</i></p> <p>4. adj. Hecho por profesionales y no por aficionados. <i>Fútbol profesional.</i></p>	<p>En esta investigación al variable se entenderá como el aporte posible de establecer desde la experiencia de profesionales del área social y médica que se hayan desempeñado en salud mental, específicamente con usuarios adolescentes dependientes de drogas. Rescatando el conocimiento empírico acumulado en su desempeño profesional, información que podrá ser contrastada con los antecedentes cuantitativos recopilados con las familias de los usuarios antes mencionados.</p>	<p>Influencia de factores de riesgo en la infancia en el consumo adolescente</p>	<p>Opinión sobre la existencia de relación entre factores de riesgo en infancia y consumo adolescente</p> <p>Razones de la opinión</p> <p>Características individuales que favorecen el consumo</p> <p>Características familiares que favorecen el consumo</p> <p>Características sociales que favorecen el consumo</p>	<p>¿Existe relación entre factores de riesgo y consumo en la adolescencia?</p> <p>¿Por qué se produce esta relación?</p> <p>¿Qué características del sujeto permitirían la influencia de los factores de riesgo en el consumo en la adolescencia?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Qué características familiares permitirían la influencia de los factores de riesgo en el consumo en la adolescencia?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Qué características sociales permitirían la influencia de los factores de riesgo en el consumo en la adolescencia?</p>

	<p>5. com. Persona que ejerce su profesión con relevante capacidad y aplicación.(ibid)</p> <p>Es posible inferir que la percepción profesional según las definiciones aportadas por la RAE es: El Conocimiento o sensación que realiza un experto en una temática particular frente a un hecho conocido, incluyendo en esta criterios específicos aportados por su capacidad construida por la praxis en la disciplina específica que ejerce.</p>		<p>Valoración de los factores de riesgo en el consumo adolescente</p>	<p>Grado de relevancia de factores de riesgo en infancia para el consumo en la adolescencia</p> <p>Grado de importancia de los factores de riesgo a nivel individual *Discapacidad física y enfermedades crónicas. *Discapacidad mental y trastornos. *Problemas de conducta en el hogar y/o escolar</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>¿Es posible el consumo en adolescentes sin la existencia de factores de riesgo en la infancia? ¿El nivel de riesgos presentes en la infancia determinaría gravedad del consumo? ¿Qué tipos riesgos en la infancia son detectados con mayor frecuencia en adolescentes consumidores?</p> <p>¿Qué tipos riesgos presentes en la infancia a nivel individual son detectados con mayor frecuencia en adolescentes consumidores?</p>
--	--	--	---	---	---

				<p>*Repitencia escolar *Deserción escolar *Participación en act. Ilícitas *Otros</p> <p>Grado de importancia de los factores de riesgo a nivel familiar *Composición del grupo familiar *Relación entre padres *Consumo de drogas y/o alcohol *Compromiso delictual, privación de libertad *Ausencia de figuras parentales *Nivel educacional de los padres o responsables de crianza *Nivel de ingresos *Hacinamiento *Vif y/o abuso *Allegamiento *Redes Familiares *Familia extensa *Otros</p> <p>Grado de importancia de los</p>	<p>¿Qué tipos riesgos en la infancia a nivel familiar son detectados con mayor frecuencia en adolescentes consumidores?</p> <p>¿Qué tipos riesgos en la infancia a nivel social son detectados con</p>
--	--	--	--	--	--

				factores de riesgo a nivel social *Barrios vulnerables *Nivel de seguridad barrial *Conectividad barrial. Urbano/rural *Fácil acceso a drogas *Pares con consumo de drogas y/o alcohol *Participación en pandillas *Vinculación a red SENAME *Participación en redes barriales o en agrupaciones religiosas, vecinales,etc Otros.	mayor frecuencia en adolescentes consumidores?
--	--	--	--	--	--

ANEXO 2. INSTRUMENTOS

1 Pauta para la realización de Grupo Focal

Los invitados a participar de esta técnica de recolección de información serán 10 profesionales que se desempeñan o desempeñaron funciones en el Centro de Intervención Familiar de Puente Alto con adolescentes con consumo de drogas y alcohol. Trabajadores sociales, Psicólogo, Médicos y Psiquiatras.

El objetivo de este grupo focal es recoger la percepción de estos profesionales desde su experiencia en la temática, en cuanto a la posible relación entre factores de riesgo en la infancia de los y las adolescentes con consumo actual de drogas.

Este ejercicio se realizará en una jornada de entre 90 y 120 minutos de duración.

Dimensión “Influencia de factores de riesgo en la infancia en el consumo adolescente”

Las preguntas guías para la moderación del grupo focal

¿Existe relación entre factores de riesgo y consumo en la adolescencia?

¿Por qué se produce esta relación?

¿Qué características del sujeto permitirían la influencia de los factores de riesgo en el consumo en la adolescencia?

¿Qué características familiares permitirían la influencia de los factores de riesgo en el consumo en la adolescencia?

¿Qué características sociales permitirían la influencia de los factores de riesgo en el consumo en la adolescencia?

Dimensión “Valoración de los factores de riesgo en el consumo adolescente”

¿Es posible el consumo en adolescentes sin la existencia de factores de riesgo en la infancia?

¿El nivel de riesgos presentes en la infancia determinaría gravedad del consumo?

¿Qué tipos riesgos en la infancia son detectados con mayor frecuencia en adolescentes consumidores?

¿Qué tipos riesgos presentes en la infancia a nivel individual son detectados con mayor frecuencia en adolescentes consumidores?

- Discapacidad física y enfermedades crónicas.
- Discapacidad mental y trastornos.
- Problemas de conducta en el hogar y/o escolar
- Repitencia escolar
- Deserción escolar
- Participación en actividades Ilícitas
- Otros

¿Qué tipos riesgos en la infancia a nivel familiar son detectados con mayor frecuencia en adolescentes consumidores?

- Composición del grupo familiar
- Relación entre padres
- Consumo de drogas y/o alcohol
- Compromiso delictual, privación de libertad
- Ausencia de figuras parentales
- Nivel educacional de los padres o responsables de crianza
- Nivel de ingresos
- Hacinamiento
- Vif y/o abuso
- Allegamiento
- Redes Familiares
- Familia extensa
- Otros

¿Qué tipos riesgos en la infancia a nivel social son detectados con mayor frecuencia en adolescentes consumidores?

- Barrios vulnerables
- Nivel de seguridad barrial
- Conectividad barrial. Urbano/rural
- Fácil acceso a drogas
- Pares con consumo de drogas y/o alcohol
- Participación en pandillas
- Vinculación a red SENAME
- La no Participación en redes barriales o en agrupaciones religiosas, vecinales, etc.
- Otros.

2 Encuesta

Este instrumento será aplicado por el encuestador a uno de los padres de él o la joven seleccionado en la muestra del presente estudio en forma individual, considerando una duración no mayor a 12 minutos.

Cabe destacar la importancia de entregar a las familias la información referente al tipo de investigación a realizar, así como la confidencialidad con que se manejará la información obtenida, resguardando de esta forma un mayor grado de confiabilidad en los datos aportados.

Questionario

AREA INDIVIDUAL

1 ¿Durante la infancia el niño (a) tuvo alguna discapacidad física?

1	Si
0	No

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 4

2 ¿Fue diagnosticada?

1	Si
0	No

3 ¿Cuál es el diagnóstico?

4 ¿Durante la infancia el niño (a) padeció alguna enfermedad crónica?

1	Si
0	No

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 7

5 ¿Fue diagnosticada?

1	Si
0	No

6 ¿Cuál es el diagnóstico?

7 ¿Durante la infancia el niño (a) padeció alguna enfermedad importante?

1	Si
0	No

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 10

8 ¿Fue diagnosticada?

1	Si
0	No

9 ¿Cuál es el diagnóstico?

10 ¿Durante la infancia el niño (a) padeció algún problema de salud mental?

1	Si
0	No

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 13

11 ¿Fue diagnosticada?

1	Si
0	No

12 ¿Cuál es el diagnóstico?

13 ¿El niño (a) tuvo atención psicológica o psiquiátrica?

0	Psicológica
1	Psiquiátrica

2	Ambas
3	Ninguna

Si la respuesta es NINGUNA, continua en pregunta 16

14 ¿Fue diagnosticado?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

15 ¿Fue entregado un diagnóstico?

16 ¿Existieron dificultades en el manejo conductual del niño (a) en el hogar?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

17 ¿Existieron dificultades en el manejo conductual del niño (a) en el colegio?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 20

18 ¿Hubo consecuencias por esto?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

19 ¿Cuáles?

20 ¿Durante la enseñanza básica el niño (a) repitió algún curso?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 26

21 ¿Qué curso repitió?

- | | |
|---|----------------------|
| 0 | Entre 1° y 4° Básico |
| 1 | Entre 5° y 6° |
| 2 | Entre 7° y 8° |

22 ¿Cuántos años repitió?

0	1 año
1	2 años

2	3 años
3	4 o más años

23 ¿El niño estuvo algún año sin asistir al colegio?

1	Si
0	No

24 ¿Cuál fue el motivo?

25 ¿Cuánto años estuvo fuera del colegio?

0	1 año
1	2 años

2	3 años
3	4 o más años

26 ¿Durante la enseñanza básica el niño (a) asistió a un programa alternativo de estudios?

1	Si
0	No

27 ¿El niño participó en actividades ilegales?

1	Si
0	No

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 31

28 ¿De qué tipo?

29 ¿Fue detenido en alguna ocasión?

1	Si
0	No

30 ¿A qué edad ocurrió la detención?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Antes de los 10 años | <input type="checkbox"/> 2 | Entre los 13 y 14 años |
| <input type="checkbox"/> 1 | Entre 10 y 12 años | | |

AREA FAMILIA

31 ¿Cuántas personas vivían con el niño (a)?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | 2 personas | <input type="checkbox"/> 2 | Entre 5 y 6 personas |
| <input type="checkbox"/> 1 | Entre 3 y 4 personas | <input type="checkbox"/> 3 | Entre 7 y más personas |

32 ¿Quiénes integraban el grupo familiar?

- | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Madre | <input type="checkbox"/> 5 | Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> 1 | Padre | <input type="checkbox"/> 6 | Tíos maternos |
| <input type="checkbox"/> 2 | abuela materna | <input type="checkbox"/> 7 | Tíos paternos |
| <input type="checkbox"/> 3 | Abuela paterna | <input type="checkbox"/> 8 | Hermanos |
| <input type="checkbox"/> 4 | Abuelo materno | <input type="checkbox"/> 9 | Otros |

33 ¿A qué edad del niño se produce la separación de los padres? (Solo si corresponde)

- | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Antes de los 10 años | <input type="checkbox"/> 2 | Entre los 13 y 14 años |
| <input type="checkbox"/> 1 | Entre 10 y 12 años | | |

34 ¿Ocurrió algún fallecimiento de familiar importante para el niño (a)?

- | | |
|----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 1 | Si |
| <input type="checkbox"/> 0 | No |

35 ¿En el grupo familiar que vivió con el niño (a) existió consumo de drogas y/o alcohol?

- | | | |
|----------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Si | Si la respuesta es NO, continua en pregunta 39 |
| <input type="checkbox"/> 0 | No | |

36 ¿Cuál es el parentesco con este familiar? (Solo si corresponde)

- | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Madre | <input type="checkbox"/> 5 | Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> 1 | Padre | <input type="checkbox"/> 6 | Tíos maternos |
| <input type="checkbox"/> 2 | abuela materna | <input type="checkbox"/> 7 | Tíos paternos |
| <input type="checkbox"/> 3 | Abuela paterna | <input type="checkbox"/> 8 | Hermanos |
| <input type="checkbox"/> 4 | Abuelo materno | <input type="checkbox"/> 9 | Otros |

37 ¿Qué tipo de droga consumía?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0 Alcohol | <input type="checkbox"/> 3 Pasta base de cocaína |
| <input type="checkbox"/> 1 Marihuana | <input type="checkbox"/> 4 Inhalantes |
| <input type="checkbox"/> 2 Cocaína | <input type="checkbox"/> 5 Fármacos |
| | <input type="checkbox"/> 6 Otro |

38 ¿Qué tan grave cree usted que fue el consumo de este familiar?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Leve | <input type="checkbox"/> 2 Alto |
| <input type="checkbox"/> 1 Moderado | <input type="checkbox"/> 3 Problemático |

39 ¿Algún familiar que vivía con el niño mantuvo actividades ilegales?

- | |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Si |
| <input type="checkbox"/> 0 No |

40 ¿Algún familiar que vivía con el niño (a) estuvo detenido?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Si | Si la respuesta es NO, continua en pregunta 43 |
| <input type="checkbox"/> 0 No | |

41 ¿Cuántos años estuvo detenido?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 1 a 3 años | <input type="checkbox"/> 3 7 a 10 años |
| <input type="checkbox"/> 2 4 a 6 años | <input type="checkbox"/> 4 11 o más años |

42 ¿Cuál es el parentesco con este familiar?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Madre | <input type="checkbox"/> 5 Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> 1 Padre | <input type="checkbox"/> 6 Tíos maternos |
| <input type="checkbox"/> 2 abuela materna | <input type="checkbox"/> 7 Tíos paternos |
| <input type="checkbox"/> 3 Abuela paterna | <input type="checkbox"/> 8 Hermanos |
| <input type="checkbox"/> 4 Abuelo materno | <input type="checkbox"/> 9 Otros |

43 ¿Algún integrante de la familia padecía enfermedad crónica?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Si | Si la respuesta es NO, continua en pregunta 45 |
| <input type="checkbox"/> 0 No | |

44 ¿Cuál es el parentesco con este familiar?

0	Madre	5	Abuelo paterno
1	Padre	6	Tíos maternos
2	abuela materna	7	Tíos paternos
3	Abuela paterna	8	Hermanos
4	Abuelo materno	9	Otros

45 ¿Nivel de estudios del padre? (o persona responsable de la crianza)

0	Ens. Básica incompleta	4	Nivel técnico incompleta
1	Ens. Básica completa	5	Nivel técnico
2	Ens. Media Incompleta	6	Superior incompleta
3	Ens. Media completa	7	Superior completa

46 ¿Nivel de estudios de la madre? (o persona responsable de la crianza)

0	Ens. Básica incompleta	4	Nivel técnico incompleta
1	Ens. Básica completa	5	Nivel técnico
2	Ens. Media Incompleta	6	Superior incompleta
3	Ens. Media completa	7	Superior completa

47 ¿Cuántas personas del grupo familiar trabajaban?

0	Ninguna	2	2 personas
1	1 persona	3	3 o más personas

48 ¿Cuál era el nivel de ingresos del grupo familiar?

0	Hasta 100 mil pesos	2	Entre 200 y 400 mil pesos
1	Entre 100 y 200 mil pesos	3	400 mil pesos y más

49 ¿Existen antecedentes de VIF en el grupo familiar?

1	Si	Si la respuesta es NO, continua en pregunta 47
0	No	

50 ¿Qué tipo de VIF y/o abuso se ejerce?

0	Física	3	Sexual
1	Psicológica	4	Negligencia
2	Económica	5	Otro

51 ¿Existían familiares que vivieran cerca y considere usted fueran apoyo para la familia?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

52 La casa que habitaba la familia era:

- | | | | |
|---|-----------|---|---------|
| 0 | Propia | 3 | Ocupada |
| 1 | Arrendada | 4 | Cedida |
| 2 | Allegados | 5 | Otro |

53 La vivienda se encontraba en una zona:

- | | |
|---|--------|
| 1 | Urbana |
| 0 | Rural |

54 ¿Considera usted que la vivienda era adecuada al grupo familiar?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

55 ¿Cuántos dormitorios tenía la vivienda?

- | | | | |
|---|---------------|---|---------------------|
| 0 | 1 dormitorio | 2 | 3 dormitorios |
| 1 | 2 dormitorios | 3 | 4 o más dormitorios |

AREA SOCIAL

56 Considera usted que el barrio en que vivían era:

- | | | | |
|---|--------|---|-----------|
| 0 | Seguro | 2 | Peligroso |
| 1 | Normal | | |

57 ¿Qué tipo de peligro existía?

58 Considera usted que el acceso a drogas era:

- | | |
|---|-------|
| 0 | Bajo |
| 1 | Medio |
| 2 | Alto |

59 ¿Los amigos del niño eran:

- | | | | |
|---|------------------|---|----------------------|
| 0 | Menores que él | 2 | Mayores que él |
| 1 | De su misma edad | 3 | De diferentes edades |

60 ¿Los amigos del niño estaban vinculados a actividades ilícitas?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

61 ¿El niño tuvo amigos que fueron detenidos?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

62 ¿Los amigos del niño consumían alguna droga y/o alcohol?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

63 ¿Participó el niño de pandillas?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

64 ¿El niño participo de algún programa de la red SENAME?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

65 ¿Estuvo internado?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 0 | No |

Si la respuesta es NO, continua en pregunta 68

66 ¿Cuál fue el motivo de la internación? (Solo si corresponde)

67 ¿Cuánto tiempo estuvo internado?

<input type="checkbox"/> 0	Entre 1 y 6 meses	<input type="checkbox"/> 2	Entre 1 y 2 años
<input type="checkbox"/> 1	Entre 6 y 12 meses	<input type="checkbox"/> 3	3 o más años

68 ¿Cómo clasificaría la accesibilidad de su barrio a servicios como colegios, salud, supermercados, etc.?

<input type="checkbox"/> 0	Bueno
<input type="checkbox"/> 1	Malo
<input type="checkbox"/> 2	Regular

69 ¿Existían en su barrio actividades entre los vecinos?

<input type="checkbox"/> 1	Si
<input type="checkbox"/> 0	No

70 ¿La Junta de Vecinos mantenía actividades como talleres, capacitación, etc.?

<input type="checkbox"/> 1	Si
<input type="checkbox"/> 0	No

71 ¿Integrantes del grupo familiar participaba de alguna actividad vecinal, religiosa u otra?

<input type="checkbox"/> 1	Si
<input type="checkbox"/> 0	No

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente Consentimiento Informado es dirigido Pacientes del Centro de Atención Integral en Drogas de la comuna de La Granja, a quienes se les invita a participar de la investigación “Factores de riesgo concomitantes en la niñez de adolescentes con adicción a drogas”. La finalidad de este documento es informar respecto al estudio e invitarles a participar de él.

Información

La presente investigación busca reunir antecedentes que permitan conocer cuáles son los factores de riesgos más comunes en la infancia de adolescentes que presentan consumo de drogas. Con este objetivo, se realizará una encuesta a pacientes del Centro de Intervención Familiar de Puente Alto quienes, aceptando entregar la información solicitada, contribuirán a reunir los antecedentes necesarios para la realización del estudio.

Es importante destacar, que la información registrada en la encuesta no incluirá datos que identifique al paciente, padres o adultos responsables participantes. Cumpliendo así el sentido de la investigación, que solo busca reunir antecedentes de un grupo específico de la población sin incluir información que individualice a las o los participantes.

La información obtenida de los pacientes se concentrará en una estadística general permitiendo al investigador transformar los datos aportados a porcentajes que reúnen el total de los datos entregados. Estos antecedentes serán utilizados para identificar los factores de riesgos presentes, en el total de los pacientes que aceptan participar, y registrar cuáles de ellos se repiten con mayor frecuencia, objetivo final de esta investigación.

Participación voluntaria

Su participación en la investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si decide participar o no, continuarán todas las prestaciones que usted o su familia recibe del Centro de Intervención Familiar de Puente Alto sin alteración.

La encuesta

El instrumento utilizado en este estudio es una encuesta que será leída a usted por el entrevistador, quién a su vez le entregará opciones para delimitar las respuestas a parámetros establecidos. Si usted no entiende o no queda suficientemente clara en alguna de las preguntas realizadas, podrá solicitar al encuestador mayores antecedentes que le ayuden a comprender de mejor manera antes de responder.

El tiempo estimado para la aplicación total del cuestionario se estima en 12 minutos.

Confidencialidad

Los datos entregados por las o los pacientes, padres o familiares serán utilizados únicamente para el estudio que en este documento se detalla y siempre en forma estadística, reuniendo la totalidad de la información, no existiendo posibilidad de relacionar a ningún paciente en forma particular con los resultados obtenidos.

Consentimiento

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad preguntar y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación según los términos aquí expuestos.

Nombre y Firma de Paciente*

Nombre y firma de investigador

*En caso de paciente menor de edad, nombre y firma de adulto responsable.

(El tamaño del texto fue modificado para la presentación del documento como anexo de este trabajo)