

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

“Representaciones Sociales del proceso de Rehabilitación del Consumo de drogas en Adolescentes: Un Estudio de Jóvenes Participantes En Programas Ambulatorios Locales”.

Profesor Guía	: Patricio Araya
Metodólogo	: Gino Grondona.
Profesor Informante	: Domingo Asún.
Alumno	: Leticia Soto.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Mayo
2006

Resumen.

La presente investigación, centra en el interés en comprender más ampliamente el discurso de jóvenes infractores de ley que presentan consumo problemático de drogas, de algunas poblaciones de la zona occidente de Santiago, ingresados a tratamiento por consumo de drogas en centros de tratamiento de las comunas aledañas.

La autora discute en sus conclusiones la forma como los discursos y representaciones que los jóvenes tienen de los Programas de Rehabilitación afecta en términos de adherencia hacia estos y en el abordaje del consumo, y como estos programas se sientan en un discurso institucional que no contempla, las percepciones de los jóvenes usuarios.

A Isidora y Norman, mi nueva Familia.

Quiero dar las gracias en general a todos los docentes y administrativos, de La Escuela, en especial a Patrício Araya, por su calidad docente y humana.

Por otro lado, gracias Márcia por tu comprensión y apoyo durante todo este proceso.

Finalmente doy gracias a los jóvenes que participaron de esta investigación, por darme la oportunidad de construir conocimiento a partir de sus experiencias de vida.

“Va en uno, a mí que me diga cualquier psicólogo cualquier, disculpeme, el güeón que quiera que me venga a decirme, que me muetre el libro, ete el libro de rehabilitación, yo le digo: (chasquido de dedos) tírate al suelo al lao mio, porque la rehabilitación ta aquí. (apunta con su dedo índice hacia la cabeza)”

Joven entrevistado en la investigación

INDICE

I.	
Introducción.....	7
II.	
Planteamiento del Problema.....	9
Estado actual de los enfoques comprensivos del tema “rehabilitación del consumo de drogas”.....	9
Estado actual del que hacer en Tratamiento de drogas a nivel nacional.....	12
Planes de tratamiento.....	17
Representación general del asunto drogas a nivel oficial y local.....	22
Presupuestos.....	34
Investigaciones en Chile sobre drogas y Juventud.....	35
Formulación del problema y preguntas de Investigación.....	37
Preguntas de Investigación.....	42
Aportes y relevancia de la Investigación.....	42
Objetivos de la Investigación.....	44
III. Primera Parte.	
Marco Teórico.....	46
Capítulo I.	
1.Marco conceptual: La orientación del Estudio.....	46
Capítulo II.	
Representaciones Sociales.....	50
2.1 Estructura y funcionamiento de las Representaciones Sociales.....	55
Capítulo III.	
3. Rehabilitación del consumo de drogas a nivel institucional.....	60
3.1 Evolución de los programas de tratamiento en Chile.....	64
3.2 Modelos teóricos de intervención en la rehabilitación del consumo.....	57
3.2.1 Descripción de los modelos Comprensivos.....	65
3.2.1.1 Paradigma de Enfermedad.....	65
3.2.1.2 Paradigma del Aprendizaje Social.....	67
3.2.1.3 Teoría de las Representaciones Sociales y drogas.....	69
3.2.1.4 Reducción de Daños.....	72
3.2.1.5 Tolerancia Cero.....	75
3.2.1.6 Perspectiva Integral: Enfoque Bio Psico Socio Cultural.....	76
3.2 Reseña histórica del uso de las Drogas	79
3.3 Tipos de consumo.....	81
3.4 Consumo problemático de drogas.....	83
3.5 El Etiquetamiento.....	85

Capítulo IV. El Sujeto De La Representación

4. Juventud.....	87
4.1 Concepción clásica contemporánea de juventud.....	88
4.2 Juventud como criterio etéreo.....	89
4.3 Juventud como construcción social y cultural.....	90
4.4 Clasificaciones de Juventud.....	93
4.5 construcción juvenil de la cultura.....	95
4.6 Vulnerabilidad y marginalidad juvenil.....	99
4.7 juventud de alta vulnerabilidad social.....	101
4.8 Adolescente “de” y “en” la calle.....	102
4.9 Jóvenes infractores de ley.....	103

Capitulo V. Programas de Rehabilitación.

5.1 Programa Ambulatorio Comunitario.....	104
5.2 Programa de intervención Ambulatoria.....	106

Segunda parte Marco metodológico Análisis de los datos

Capitulo I

1.1 Marco Metodológico.....	107
1.2 Diseño de la Investigación.....	109
1.3 Tipo de Estudio.....	109
1.4 Técnicas de recolección de Información.....	110
1.5 procedimiento del análisis.....	112
1.6 Muestra.....	113

Capitulo II Análisis de los resultados.

2.1 Análisis e interpretación.....	117
2.1. Información.....	118
2.2.Campo representacional.....	120
2.3. Actitudes y Sentimientos.....	131
2.4.Construcción de las representaciones sociales	133
2.4.1. Construcción de los núcleos figurativos.....	135

Tercera Parte. Síntesis y Discusiones.....

1. Discusión y conclusiones.....	137
2. Limitaciones del estudio Y sugerencia a otras investigaciones.....	153
3. Referencias Bibliográficas.....	153

I INTRODUCCION

La idea de realizar este estudio nace a partir de la experiencia vivida por la autora, en su Práctica Profesional, la que se desarrolló durante el año 2004 en el Programa de Tratamiento y Rehabilitación del consumo problemático de drogas, Ambulatorio Básico e Intensivo, del Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) de la Municipalidad de Estación Central.

Durante dicho período se efectúa un trabajo en red con el Programa de Intervención Ambulatoria (PIA) de la Asociación Cristiana de Jóvenes, dependiente de SENAME. Este centro recibe en forma ambulatoria a jóvenes menores de edad infractores de ley, con quienes se desarrolla un trabajo de tratamiento y rehabilitación de consumo de drogas.

A partir de un proyecto financiado por el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), Área Marginalidad, esta labor cuenta con la colaboración desde el COSAM de Estación Central a través de la prestación de servicios de la suscrita.

Durante esta experiencia la autora de esta Tesis pudo advertir la importancia de la opinión o representación de los destinatarios de estos programas, justamente acerca de la rehabilitación.

Es así como en este estudio se busca profundizar en el conocimiento acerca del tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas, desde la

perspectiva de los jóvenes infractores de ley que son destinatarios de la gestión realizada por programas de rehabilitación como este. Tiene como fin dar visibilidad a sus particulares opciones y perspectivas del asunto drogas y su rehabilitación, sobre todo en la medida de que su representación del proceso de tratamiento es clave en el éxito del mismo.

Para llevar a cabo la investigación respecto a la opinión de los jóvenes destinatarios de estos programas de intervención, acerca de la rehabilitación, se han explorado distintos modelos teóricos y metodológicos relacionados con el tema. Es así como encontramos que la teoría de las *Representaciones Sociales* puede arrojarnos información acerca de las características de la opinión, cómo se genera y cómo opera en su vida cotidiana, a través de su interacción social. Esto se debe a que para la teoría de las Representaciones Sociales las personas juegan un papel activo en la construcción de la realidad social en donde están insertas y lo hacen a través de la construcción de significados.

Para poder establecer lo anterior, se desarrolla un trabajo de recolección de información acerca de las distintas visiones teóricas sobre el asunto drogas y juventud que inciden o no, tanto en la formulación de políticas, como en el diseño de programas de intervención específicos, como es por ejemplo, el Programa de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorio Comunitario del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Estación Central, enmarcado dentro del área de Marginalidad del CONACE.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación tiene un carácter exploratorio, y será realizada desde una metodología cualitativa ya que se pretende comprender desde el propio discurso de los sujetos y en su contexto, la representación social que tienen de un objeto particular, como es la rehabilitación del consumo de drogas. Los métodos cualitativos tienen la particularidad de que abordan los fenómenos sociales desde la perspectiva del sujeto que está siendo estudiado. En este sentido, el uso en esta investigación de una epistemología socioconstructivista, una metodología cualitativa y la realización de entrevistas en profundidad y grupos de discusión, como técnicas de recolección de datos responderían adecuadamente a las demandas de compatibilidad.

El análisis de los datos se desarrollará a través del método de Análisis de Discurso, con la información que aporte una muestra de jóvenes de alta vulnerabilidad social de ambos sexos, entre 15 y 18 años, que se encuentran actualmente con al menos tres meses de adherencia al proceso de tratamiento del consumo de drogas, en el Programa de Rehabilitación Ambulatorio Comunitario de la comuna de Estación Central, en dependencias del Centro de Rehabilitación Diurna de dicha comuna.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1. Antecedentes.

1.1 Estado actual de los enfoques comprensivos del tema “rehabilitación de consumo de drogas”.

Se han desarrollado diversos modelos de conceptualización acerca de la problemática de las Drogas. Estas miradas tienen diversos niveles de seriedad científica. Justamente, algunos buscan un mayor apego al método científico, enfocados al conocimiento científico del tema. En tanto que otros están inspirados definitivamente en posiciones de tipo moralista.

Cabe considerar que aquellos modelos o paradigmas que por el hecho de gozar de algún nivel de ingerencia en la toma de decisiones en el ámbito de políticas de drogas, no los reviste necesariamente de una base científica; poseen, en consecuencia, mas bien una ascendencia ideológica a la hora de diseñar políticas en el tema.

Estos “discursos influyentes” se agrupan en diversos paradigmas comprensivos y explicativos, algunos de estos modelos representan posiciones que intentan una explicación de causalidad lineal o, a partir de uno o unos pocos ejes o factores, derivan en el establecimiento de modelos teóricos mecanicistas de tipo biológicos, psicológicos, morales, sociales, políticos, jurídicos, entre otros.

Por otro lado, existen otros paradigmas “integrales” que postulan que la comprensión del consumo de drogas pasa por el análisis de diversos factores intervinientes que provienen de distintos ámbitos, como los mencionados mas arriba, de cuya interacción sistémica se obtiene como resultado la emergencia del fenómeno, en este sentido, se le atribuiría una

causalidad circular o “configuración”. Donde el asunto del consumo problemático de drogas y su traducción en problemática social, sería un síntoma del mismo sistema social, que es la estructura que “produce” un conjunto de trastornos en la convivencia ciudadana.

En este paradigma la problemática de las drogas se relaciona con una mirada más compleja, no lineal, y permite, por lo mismo, un foco de análisis más profundo. No obstante lo anterior, no nos asegura por eso una mayor efectividad frente al problema.

A la inversa de las miradas académicas y oficiales, en la presente Tesis se describe cómo se representan socialmente la rehabilitación, los jóvenes urbano populares denominados marginales, que son beneficiarios de aquellos programas públicos que pretenden revertir la problemática de abuso de drogas.

Se da por lo tanto una confrontación de miradas, no intencional en principio, que puede traducirse en un aporte a la evaluación de este tipo de iniciativas, en lo que respecta a la adecuación de la intervención a la realidad subcultural del público destinatario.

En este escenario de diversidad de paradigmas, se podrá identificar el carácter del enfoque oficial, en el contexto de la diversidad de enfoques académicos o no académicos. Y, a su vez, y como problema de investigación, explorar la existencia de un paradigma de sentido común que pudiera hallarse entre el público objetivo, paradigma que puede expresarse a través de una o distintas Representaciones Sociales, pero que no opera a

nivel sociopolítico, como “discurso influyente” en los diseños de políticas y/o programas públicos y/o privados.

Al establecer cuál sería ese discurso de sentido común que prevalece en los jóvenes, podremos tener mayor claridad acerca de lo que está ocurriendo en el diálogo intercultural, es decir, acerca de cuál es el producto de la discusión entre el discurso de lo que jóvenes marginales, (manifestado en la o las Representación(es) Social(es) que se está(n) explorando), y el discurso oficial, (expresado en la política nacional de drogas, a través del programa que se relaciona con ellos).

1.2 Estado actual del que hacer en Tratamiento de drogas a nivel nacional

Tan diverso como el escenario paradigmático, es el campo de la gestión del trabajo en drogas. Esta actividad no es novedosa en Chile, donde podemos ver a principios del siglo XX la aparición de las “Ligas contra el alcoholismo”, casas de acogida, y posteriormente grupos de autoayuda como “Alcohólicos Anónimos”, van alcanzando progresivamente mayores niveles de institucionalización a través de ONGs, Corporaciones y Fundaciones, entre otras organizaciones de la sociedad civil, así como clínicas particulares dedicadas al tema.

La diversidad de la gestión en drogas tiene que ver con su viabilidad técnica, la que se desenvuelve según las distintas formas de manifestación

del fenómeno, a saber: prevención, promoción, capacitación preventiva, tratamiento y rehabilitación, difusión e información, entre otros.

Consecuentes con el objeto de estudio de la presente Tesis vamos a enfocar este estado del arte de las drogas, a nivel nacional, en lo que se refiere al ámbito del Tratamiento.

En dicho ámbito, los organismos sociales dedicados al tratamiento son los siguientes: Comunidades Terapéuticas ambulatorias o residenciales para hombres, mujeres o mixtas. Grupos de autoayuda para familiares. Centros de Tratamiento para niños y jóvenes. Centros de Atención Psicológica. Clínicas privadas para tratamiento de drogas. Alcohólicos y Narcóticos anónimos. Redes públicas de Salud y Unidades de desintoxicación. (www.conace.cl)

Cada una de estas entidades que trabajan en el tema asumen su quehacer desde una conceptualización particular, unas con visión religiosa, redentora y otras con una visión claramente ideológico-social. Caridad versus trabajo comunitario. Asistencialismo, versus empoderamiento. Coerción versus acogida incondicional. Entre otras contradicciones.

Por otro lado, desde el ámbito público, de las políticas oficiales de nuestro país, el denominado “problema de las drogas”, es uno de los fenómenos más preocupantes tanto para los últimos gobiernos de la Concertación, como para la oposición, lo cual se ha reflejado en la creación de estrategias para enfrentarlo. Es así como desde el año 1990 hasta la fecha el estado chileno ha impulsado una estrategia de abordaje del problema de las drogas. Esto se ha traducido en la creación del “Consejo

Nacional para el Control de Estupefacientes“ (CONACE), institución que ha elaborado el Plan Nacional de Drogas. Justamente nace con la misión de implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas y prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en el país, (CONACE, 2003:10).

Lo componen 14 instituciones del Estado, las que utilizan sus redes sociales para coordinar y ejecutar programas de prevención del consumo de drogas, tratar su uso abusivo e informar a la ciudadanía sobre alcances del fenómeno. También aborda el tráfico ilícito de sustancias por medio de un control policial y legislación adecuado.

Este Plan ha ido actualizándose hasta nuestros días. En su última versión, denominada “Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008”, podemos leer: *“El fenómeno de las drogas y las realidades asociadas a el, contienen un potencial desintegrador de la familia, de la convivencia social e incluso de las instituciones del Estado, lo cual nos obliga como país a enfrentarlo con firme y decidida voluntad”*. CONACE (2003:10).

En consecuencia con lo anterior, actualmente CONACE desarrolla un trabajo preventivo, de tratamiento y control, en las áreas de jóvenes, familia, comunidad, mundo laboral, comunidad educativa, estudios y marginalidad.

De acuerdo con los estudios realizados cada dos años por el CONACE el fenómeno del consumo de drogas se ha extendido a todos los sectores socioeconómicos y a la mayoría de los sectores etéreos del país, afectando *especialmente a los jóvenes*, ya que a estos se los visualiza como

los mas propensos a consumir drogas y a hacerlo de manera riesgosa. Dicha situación el CONACE la fundamenta a partir de los datos de las encuestas nacionales que indican que la edad de inicio en el consumo de drogas tiende a ser cada vez mas precoz. Por ejemplo, las edades de inicio de consumo son: Alcohol 10 años, Tabaco 11 años, Marihuana 13 años, Cocaína 15 años, Pasta Base 14 años, Tranquilizantes 13. (www.conace.cl)

Dentro de los objetivos de la actual Estrategia Nacional Sobre Drogas, esta el “Disminuir el consumo de drogas en grupos de riesgo y vulnerabilidad social (...) Lo anterior supone focalizar la acción preventiva en niños y niñas de la calle infractores de ley; en niños y niñas y jóvenes desertores del sistema escolar. En jóvenes desempleados y en población penal entre otras poblaciones de riesgo”. CONACE (2003:33).

Se desprende de lo anterior, que abordar el tema se transforma así en un asunto de primera necesidad social, entonces surge el Programa de marginalidad del CONACE, que se enmarca dentro del objetivo antes mencionado, dirigido a la población denominada en *vulnerabilidad social*, “Constituida por niños, niñas y adolescentes que desarrollan su vida y cumplen sus etapas de vida en condiciones muy desfavorables por acumulación de factores de riesgo: graves carencias afectivas y de aprendizaje, falta de oportunidades o modelos significativos transgresores”. CONACE (2005:2).

Además, CONACE hace referencia a los niños y adolescentes en condiciones de marginalidad, a través de la siguiente distinción (www.conace.cl):

a) **De la calle**, aquellos que abandonaron sus hogares, el colegio, el liceo, que tampoco trabajan y que viven en la calle agrupados en las llamadas "caletas".

b) **En la calle**, aquellos que tienen hogar, pero que han desertado del sistema escolar y pasan la mayor parte del tiempo en la calle.

Estas dos condiciones de vida, junto a los factores de riesgo mencionados, reciben el nombre de "alta vulnerabilidad social". La experiencia en terreno indica que las drogas consumidas por este grupo son más dañinas y adictivas (solventes, pasta base), lo que empeora por la frecuente ingesta de sustancias. Trabajar este problema con niños, niñas y adolescentes de y en la calle es un proceso lento, que pasa por diferentes momentos o etapas, con avances y retrocesos.

Junto al área de marginalidad, como se describe mas arriba, la gestión de CONACE comprende el tema de Tratamiento y Rehabilitación. Este implica cuatro modalidades diferentes de tratamiento asociadas a las características, necesidades y complejidad del problema de la persona que consulta.

Diversos centros y organismos sociales, privados y públicos **acreditados** participan de este programa entregando atención especial en drogas. Los tipos de centros y organismos participantes fueron descritos mas

arriba. Esto significa que el estado, representado por CONACE estaría reforzando y subvencionando la actividad que se desarrolla en el tema. Tratando de instalar a su vez ciertos parámetros técnicos para reconocer donde se puede instalar este apoyo oficial.

Lo anterior permite a los usuarios acceder a un servicio gratuito y de calidad. El conjunto de prestaciones ofrecidas se denomina planes de tratamiento. Éstos son:

1.2.1 Plan de Tratamiento primera respuesta.

Es la primera atención que un prestador de salud entrega a la persona que consulta por problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas. El profesional que atiende al enfermo evalúa su situación personal, familiar y social, empleando un tiempo mayor al de una interconsulta común. El servicio es más personalizado, y quien atiende al consumidor informa exhaustivamente a él y a su familia sobre su estado y evalúan en conjunto las posibilidades de tratamiento a las que puede acceder (derivación asistida).

El Plan de tratamiento primera respuesta incluye un conjunto de prestaciones como: consulta médica, consulta de salud mental, visita domiciliaria, intervención sicosocial de grupo, consultoría de salud mental, exámenes de laboratorio, medicamentos. Se realiza en forma ambulatoria (no requiere internación).

Duración: un mes, se ofrece en establecimientos de atención primaria Centros de nivel secundario, Establecimientos privados asociados a la red de salud local.

1.2.2 Plan de tratamiento ambulatorio básico

Tratamiento que se ofrece a personas con abuso, consumo perjudicial o dependencia a drogas con compromiso biosicosocial moderado.

El plan de tratamiento ambulatorio básico incluye un conjunto de actividades, como: consultas médica, siquiátrica, sicológica; psicoterapia individual y de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes sicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Cuando este plan se realiza en horario vespertino, incluye una colación.

Tienen una duración estimada de 6 meses, con una frecuencia de asistencia de 3 días por semana, 2 a 4 horas por día (diurno o vespertino). Y se realiza en **establecimientos de atención primaria** (consultorios, centros de salud familiar, hospitales tipo 4). **Centros de nivel secundario** a cargo de equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria (en **Cosam**, CRS, CDT). Y **establecimientos privados asociados a la red de salud** (ONGs, fundaciones, consultorios parroquiales u otros), debidamente acreditados por el Servicio de Salud de la jurisdicción correspondiente.

1.2.3 Plan de tratamiento ambulatorio intensivo

Tratamiento destinado a personas con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biosicosocial moderado o severo, con o sin presencia de enfermedades mental o física (con pérdidas significativas personales, familiares, laborales, que le han dificultado continuar desarrollando actividades habituales y vida normal).

El plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye el día en el centro de tratamiento, la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan durante la permanencia en el establecimiento, tales como: consultas profesionales (médicas generales, psiquiátricas, psicológicas), consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias (o a su lugar de residencia, por ejemplo, “la caleta”), psicoterapia individual o grupal, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Tiene una duración promedio de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, 4 a 6 horas por día (diurno o vespertino). Y se realiza en **establecimientos de salud de nivel secundario (Cosam, CRS, CDT, Hospital de Día, servicios de psiquiatría)** y/o en **comunidades terapéuticas ambulatorias**, debidamente acreditadas por el Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción.

1.2.4.- Plan de Tratamiento residencial (comunidad Terapéutica).

Esta prestación está destinada a personas con dependencia a drogas y compromiso biosicosocial severo (múltiples tratamientos previos y reincidencia, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar ni social, con trastorno psiquiátrico severo, además de profunda autopercepción de inoperancia e improductividad).

La persona afectada se interna en forma residencial en una comunidad terapéutica.

El Plan de tratamiento residencial incluye el día cama en la comunidad terapéutica residencial. Corresponde cobrar esta prestación cuando el beneficiario permanezca en una instancia comunitaria con alojamiento y vivienda habilitadas para albergar personas con problemas de drogas y que cuenten con la debida acreditación del Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción.

Esta prestación incorpora un plan de seguimiento, el cual incluye visitas domiciliarias, consultas de salud mental, intervenciones grupales y familiares, por un período no menor a 3 meses. Tiene una duración de diez meses, estimado,

Con una frecuencia de asistencia de 7 días por semana, 24 horas cada día (permite permisos los fines de semana u otros similares).

1.2.5 Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario

Durante 2005 se implementa una nueva modalidad de tratamiento, concebida desde el área de rehabilitación, que es el **Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario**, que se implementa en una etapa piloto durante 2005.

Tratamiento destinado a adolescentes entre 13 y 19 años en rehabilitación social, con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biosicosocial moderado o severo. Se implementa a adolescentes vinculados de los sistemas formales de rehabilitación o trabajo, con lazos de rehabilitación débiles o inexistentes, por lo tanto se focaliza en los programas de rehabilitación comunitaria (Proyectos de rehabilitación CONACE; Proyectos de rehabilitación de SENAME, ONGs dirigida a Niños de la calle, etc.), realizando un trabajo de apoyo específico en el tratamiento de las adicciones.

El grupo objetivo, del presente estudio se enmarca dentro de este tipo de rehabilitación, que se lleva a cabo en conjunto entre el Programa de rehabilitación Ambulatoria (PIA) de Estación Central, como equipo de rehabilitación, y el programa Ambulatorio Comunitario del Cosam de la misma comuna, que

desarrolla un trabajo en el ámbito específico de la rehabilitación del consumo de drogas.

1.3 Representación general del asunto drogas a nivel oficial y local

Con la finalidad de precisar el significado de las diversas frecuencias de consumos de drogas legales e ilegales, que se emplean por CONACE como categorías para agrupar la información recogida en las encuestas epidemiológicas, las frecuencias de uso o prevalencias de consumo se clasifican en: *prevalencia de vida* cuando su uso se ha hecho alguna vez en la vida y no en el último año; *prevalencia anual*, uso ocasional o eventual, cuando su consumo se ha efectuado en el último año; *prevalencia mensual*, uso actual o presente, si el uso se ha efectuado en el último mes; *uso frecuente* si el consumo de la sustancia se ha hecho tres o más veces por mes, y; finalmente, el *ex-consumo*, que es el grupo de personas que alguna vez las usó en su vida y no lo ha hecho en el último año.

Según lo expresado por el Programa de Prevención y Atención en Drogas, de la Municipalidad de Santiago (2000), en su “Plan Comunal de Prevención y Atención en Drogas”, se debe tener en cuenta que la representación mediática, institucional y académica del asunto de las drogas generalmente está anclada, en lo cuantitativo, a una tendencia orientada a

elevantos todos los consumos a la cifra de la prevalencia de vida, - haber consumido alguna vez en la vida - indicando implícitamente que ésta es la cifra de los adictos a las drogas, mientras que en lo cualitativo el uso abusivo de drogas, las conductas adictivas inaceptables o delictuales son atribuidas a todos los usuarios independientemente del hecho que lo hubiesen realizado alguna vez en su vida o cada día.

Ese procedimiento "constructivo" de la representación donde opera el reduccionismo, a la vez, de la peor conducta al mayor número de casos, como es la prevalencia de vida, y de éstos a la conducta más peligrosa, el uso frecuente - tres o más veces por mes. Situación que genera gran zozobra en la población que así mal informada, en consecuencia, se hace receptiva a las propuestas por medidas drásticas de emergencia penal y sanitaria solicitándolas. A la vez, las autoridades aumentan sus atribuciones de control social y las empresas, comerciales o sin ánimo de lucro, elevan sus ofertas y ventas de servicios de control sanitario preventivo y curativo.

De lo anterior se desprende que el campo de las representaciones sociales de los sujetos en los escenarios de drogas son términos claves tanto para entender como para intervenir las dinámicas que acontecen en las comunidades ya que la representación del otro, la alteridad, guía la conducta con respecto al otro, sin embargo la conducta hacia los otros no tiene como punto de partida la imagen externa de el "otro", sino que más bien tiene como punto de partida, el supuesto significado, la imagen, que el otro construye acerca de uno.

En efecto, las representaciones sociales de los sujetos en los escenarios donde las drogas están presentes son términos claves para entender e intervenir en las dinámicas que acontecen al interior de las comunidades.

En la experiencia de campo, desarrollada por el Programa Drogas Santiago, la primera tarea preventiva era el cambio en la representación social del problema de las drogas que ha sido instalada en la comunidad: "El cambio de representación no es la solución de todos los problemas, pero por sí sola ayuda a reducir el daño" (Op cit, 2000). En la medida que permite dimensionar las problemáticas comunitarias (y al uso indebido de drogas como tal) en su justo nivel, al reemplazar los prejuicios por el consenso, y de éste a la mediación.

Para tal efecto, durante los diez años de experiencia de dicho Programa, se desarrollaron diversas jornadas comunitarias de diagnóstico participativo, experiencia que reúne la representación social de la comunidad respecto al tema drogas, comunidad representada a su vez por los actores sociales, como son sus dirigentes comunitarios y vecinos de la mas diversa gama: religiosos, deportivos, territoriales, culturales, juveniles, adultos mayores, entre otros.

Durante 2004 realizan una sistematización de dicha información, donde se concluye que la problemática barrial relacionada con el consumo de Drogas es similar en las distintas agrupaciones vecinales (Caracterización de los conflictos comunitarios relacionados con el consumo de drogas.

Sistematización de diagnósticos participativos en la comuna de Santiago. Enero de 2005).

Es así como toman relevancia los aspectos de consumo callejero, tráfico en los distintos grupos etéreos, la ocupación de espacios públicos con énfasis en las áreas verdes y de esparcimiento usadas con el fin de punto de encuentro para consumo y/o tráfico de drogas. Elementos del fenómeno asociado o identificado, por los representantes de la comunidad, con delincuencia y violencia en el sector.

En este escenario, se reconocen algunos elementos con especial significancia para la interpretación del fenómeno: uno de ellos es la detección de falta de información adecuada para los distintos grupos afectados, la descoordinación entre los vecinos y la falta de confianza para emprender acciones de resolución de conflictos, que pasa por problemas de comunicación intergeneracional, poca participación ciudadana, prejuicios existentes y la inexistencia de una red de apoyo formal o informal a nivel de organizaciones y instituciones.

Otro factor interviniente en la lectura de la problemática es el rol de las instituciones de control policial y la desconfianza generada en la población por la ineficacia del sistema de denuncias, a lo cual se suma el temor a las represalias de los propios vecinos y familiares involucrados en hechos delictuales.

La situación descrita tiene además una dimensión que responde al orden de la sensación generalizada de temor y desconfianza en el plano de la seguridad barrial que deriva y se forma por las causas ya enunciadas.

Sin embargo, se descubre en el discurso de los representantes, la aceptación o reconocimiento de la existencia de prejuicios y preconceptos en torno al tema que hemos denominado representaciones sociales relacionadas con la problemática de las drogas, que relativizan, en el plano de la reflexión conciente y guiada, la sensación de desconfianza y temor generalizado en el espacio público expresada en primera instancia por los interlocutores de los distintos encuentros.

Ante esta última reflexión, se hace válida la estrategia de información preventiva, veraz y oportuna destinada a crear un cuerpo de conocimiento sin prejuicios o conceptos errados, que permitan enfrentar la sobredramatización de los medios de comunicación y del discurso oficial, que entregue elementos concretos y efectivos para la toma individual de decisiones.

La presencia de una sensación de amenaza e insegurización, por parte de un sector social, urbano popular, respecto al tema de la drogas, ha generado un riesgo derivado de representaciones sociales que agudizan relaciones de exclusión y violencia, favorables a la represión y marginación sobre quienes se ven afectados en forma directa y/o son percibidos en apariencia como vinculados al “mundo de las drogas”.

Esta sensación se ve expresada en distintas relaciones sociales tensionadas, tales como el conflicto jóvenes-adultos, el manejo de la

información y el tratamiento del tema en el ámbito comunitario.

Respecto al conflicto jóvenes-adultos diremos que un mundo adulto y un mundo juvenil se encuentran en conflicto por uso de espacios, preferencias culturales, poder local, etc, donde el consumo de drogas es un elemento de dicha tensión.

El manejo de la información alarmista y estereotipada frente al tema del uso de sustancias ha contribuido sin duda a la construcción de actitudes violentas ante el tema, así como también se aprecia la falta de elementos para una postura mas crítica frente al tema drogas, pues existe hegemonía de enfoques que tienden a simplificar el fenómeno, no dando cuenta de su diversidad y complejidad. Esto unido a la entrega de un discurso que nos representa una imagen polarizada de la juventud, que no contribuye a resolver el conflicto intergeneracional.

Ellos consideran que es necesario que el mundo adulto pueda conocer estas prácticas antes de emitir juicios. A pesar de que dicen no justificar el uso de drogas; no descartan que algunos jóvenes las consuman ocasionalmente, pero que eso no los hace drogadictos o traficantes.

Además plantean que faltan espacios para que los jóvenes puedan desarrollar sus prácticas como graffiti, música, skate u otros, es una necesidad poder crearlos o abrir los que existen, ya que generalmente las juntas de vecinos, u otros espacios comunitarios son ocupados por grupos de adultos mayores y mujeres, o en otras actividades que no son del interés de los jóvenes.

La sensación de exclusión de los jóvenes los lleva a abrazar prácticas e identidades al margen de lo oficial y por ende “marginales” o alternativas. Diremos marginales a jóvenes que no “participan”¹ en forma expedita del sistema de bienes y servicios del sistema social, situación originada principalmente por falta de acceso a las oportunidades que existen, o por opción.² Saniter (2002:)

En el primer caso, la falta de oportunidades, hacemos referencia a sectores dentro de los jóvenes que aspiran efectivamente a una integración social como culturalmente se espera: a través del estudio, el trabajo, la salud, vivienda, espacios públicos, participación social (en organizaciones, campañas, movimientos y otros), etc., pero que en la práctica se frustran por diversas trabas percibidas, de tipo burocrático, por la saturación de los servicios públicos (como salud o educación), entre otros factores. Esto acompañado al hecho de que los jóvenes comúnmente tienen baja tolerancia a la frustración y evitan las colas, trámites y otros procedimientos formales complejos que les demandan dichos servicios (sistema tributario, proyectos concursables, etc), por no mencionar la falta de dinero para gestionarlos (como la P.S.U.).

Además de experimentar sucesivas frustraciones en el ámbito de las oportunidades, los jóvenes urbano populares se sienten también objeto de

¹ Decimos “participan”, para diferenciar de una relación pasiva de “uso o recepción” de los bienes y servicios. No resultan activos o no son efectivos en la búsqueda o consecución de lo que necesitan.

² Si bien reconocemos que se han abierto nuevas oportunidades a la juventud en la última década, éstas resultan insuficientes para lo que se necesita. Desde la perspectiva de la opción por lo marginal encontramos a jóvenes desencantados del sistema, con una desesperanza aprendida en su relación con estos servicios.

represión por parte de un estado y mundo adulto³, contra distintos elementos y símbolos de su expresión cultural, como mencionamos mas arriba: eventos, fiestas, vestimenta, lenguaje, aspecto, actitudes, prácticas (como el graffitti y el skate), discurso libertario, irreverencia, lenguaje, etc

“La sociedad adulta”, al percibirlos como pobres y jóvenes los hace sentir discriminados (con actitudes y malos tratos), tratados de maneras irritantes cuando asisten a algún trámite en esta, una sociedad a la que señalan como clasista e intolerante, que incluso los culpa de la violencia social, como si los jóvenes no fueran la expresión de la violencia sino su causa. Esto nos lleva a pensar que seguimos luchando contra los síntomas sin atacar las causas⁴, ya que a los jóvenes se les percibe como sujetos no encauzados socialmente, indeseables. Desde estas visiones los jóvenes son estereotipados y sus formas de organización identificadas como problemáticas, fuera del marco legal, o peyorativamente “alternativas”.

Desde la perspectiva de los adultos. Refieren problemas de comunicación y de respeto, lo que se traduce en una queja constante respecto a las prácticas culturales asociadas a los jóvenes, como son juntarse en la calle, escuchar música a un volumen elevado, hacer ruido, o usar vestimentas extrañas. Y debido a que las calles del barrio han perdido, para ellos, la seguridad producto de que hoy se observa un aumento de los

³ Mundo adulto expresado en los padres, vecinos, dirigentes vecinales, profesores, policía, etc. Que ven en las manifestaciones juveniles algún nivel de amenaza.

⁴ Resulta interesante desde esta perspectiva comparar en el tema drogas las detenciones que hace la policía a consumidores en relación a las detenciones que hace de traficantes, donde vemos una mayor proporción de detenidos a aquellos jóvenes que consumen.

grupos de jóvenes y patotas que tienen un comportamiento muy agresivo en las calles asociado al consumo de drogas y alcohol, (lo que además de preocuparles por su salud, los atemoriza en relación a conductas agresivas que éstos puedan presentar), pintan las murallas con mensajes ofensivos tanto en casas como en las Iglesias entre otras.

Identifican la existencia de grupos claramente alteradores del orden, como los barristas, que alteran “peligrosamente” la tranquilidad del barrio cuando juega su equipo, con sus manifestaciones bulliciosas y ciertos actos delictuales como deterioro de viviendas y robos.

Asimismo un sector del mundo adulto manifiesta que no se siente seguro al momento de pasear por el barrio. Puesto que percibe que los espacios públicos disponibles como plazas y recintos deportivos son mal utilizados por los jóvenes quienes delinquen y consumen drogas. Sin embargo los adultos enfatizan la necesidad de contar con espacios para los jóvenes. Lugares en los que puedan desarrollar y expresar sus diferentes actividades y prácticas de manera segura y protegida, sin provocar molestias en los vecinos.

Además consideraron que los jóvenes no se hacen partícipes al interior de las organizaciones sociales que funcionan en el barrio. Sin embargo, algunos de los participantes sugieren que este grupo etéreo debe ser incluido en los espacios de discusión comunal, ya que eso sin duda aportaría al acercamiento generacional en torno a la problematización de los diversos temas que requieren intervención por parte de toda la comunidad.

Por otro lado, cabe destacar que a nivel nacional, el área Marginalidad de CONACE surge desde la preocupación del gobierno por temas asociados a la seguridad ciudadana donde se asocia el consumo de drogas con la delincuencia. *"Sus consecuencias exceden el ámbito de la salud pública: deteriora la familia y es fuente de conflictos sociales de diversa naturaleza que se expresan en violencia, corrupción y multiplicación de delitos contra las personas y la propiedad todo lo cual genera, inevitablemente, una sensación de inseguridad en la población y puede llegar –en el extremo- a poner en riesgo a las propias instituciones democráticas"*, (CONACE, 2003:8).

Desde esta perspectiva el asunto del consumo de drogas, es un problema de Estado (Chileno), en la medida que este ha definido un rol activo en el desarrollo de estrategias y/o planes nacionales y locales, con un carácter que va desde la prevención al control, la creación de un organismo público (CONACE), con todo el costo en inversión material y social que involucra. De esta forma, no podemos negar, que las instituciones estatales manifiestan interés por generar medidas tendientes a controlar el fenómeno de las drogas, que es percibido como peligro para la sociedad, situación que mantiene en constante inquietud a las autoridades, que muestran su preocupación a través de los medios de comunicación masivos. *"Esta Preocupación manifestada a veces como alarma pública nos representa a las drogas como una amenaza al bien común, en los ámbitos de salud (por las secuelas del uso indebido) y seguridad ciudadana (por los efectos de insegurización que provoca el tráfico, como actividad ilegal, y las conductas*

públicas de los consumidores “bajo efectos”, relacionadas con “escándalo”).
(Saniter. N, 2002: 134)

En consecuencia, vemos una representación de la problemática de las drogas como “causa” y no como un efecto de las redes de interacciones macrosociales. Esta mirada de amenaza pública que tiene el CONACE acerca del consumo de drogas, es reforzada por los medios de comunicación de masas donde podemos ver como cotidianamente se vinculan directamente temas como la seguridad, delincuencia, accidentes, pobreza, juventud, etc., con las drogas; su consumo, adicción o tráfico.

De esta manera el Estado se propone “enfrentar” este fenómeno psicosocial desde una mirada que significa el fenómeno de las drogas como una amenaza social, una especie de virus que hay que exterminar. En consecuencia, el “drogadicto”, será todo consumidor y/o traficante por igual. Un enfermo, un perverso, un ser despreciable.

Al respecto Flores y Grondona (1997), señalan que la imagen de la droga que resulta de los discursos oficiales, opera como una ideología que se universaliza y funciona como mecanismo de control social.

“Podemos entender que el llamado problema social del consumo de drogas se inscribe dentro de estos procesos de normalización, siendo construido en el ámbito público, en donde ciertos actores sociales poseen mayor poder en términos de influencia e impacto social, los cuales construyen una visión oficial de carácter hegemónico y normalizadora”.(Flores y Grondona,1997:75)

El consumo de drogas en nuestra sociedad se sitúa principalmente, desde el discurso oficial y en términos demográficos, en la población joven. De esta forma se argumentan las líneas de acción: acciones tendientes a la prevención del consumo de drogas y el tratamiento de esta población, desde una definición de juventud, que desconoce su heterogeneidad e invalida sus conocimientos, prácticas y discursos, percepción que a estas alturas es compartida a nivel local por la comunidad adulta, tal como se ha expuesto mas arriba.

Frente a esta realidad se echa de menos un levantamiento de datos acerca de la representación social de los sujetos “identificados”, los “drogadictos”, sobre todos aquellos que mas allá de la marginalidad, se constituyen como una subcultura, con otro ordenamiento valórico. Y estructuración social distinta. Sujetos a los que apuntan los proyectos de alto riesgo.

Una dificultad para poder recoger dicha información radica justamente en lo último, es decir, en las posibilidades reales que existen para poder convocarlos y que asistan a conversar en diagnósticos participativos, sobre todo cuando no reconocen la legitimidad de esa organizatividad social que convoca, representada en organizaciones comunitarias adultas, municipios u otras organizaciones de la sociedad civil.

La apertura del area de marginalidad de CONACE aporta los espacios como para que dicho levantamiento de datos ocurra y, en lo que respecta a

la presente Tesis, lo acotaremos a su percepción de la rehabilitación y de los procedimientos de tratamiento que este grupo considera mas efectivo.

2 Nuestro estudio surge de los siguientes presupuestos:

Que al interior del grupo de estudio focalizado, jóvenes en proceso de rehabilitación del consumo, insertos en el trabajo en conjunto que realizan el Programa Ambulatorio Comunitario y el Programa de intervención Ambulatoria (PIA) de Estación Central, existe una imagen homogénea de la rehabilitación del consumo de drogas. Presupuesto fundado en este caso, sobre la base de las experiencias significativas previas (afectivas y emocionales) que son relativamente comunes entre estos jóvenes, lo cual se corrobora en la experiencia clínica.

Que la representación de los jóvenes respecto de la rehabilitación del consumo de drogas, esta mediada tanto por su experiencia con instituciones y/o programas de tratamiento y salud mental, como por los testimonios y/o percepciones de sus pares, que han pasado por estas experiencias.

Las representaciones sociales apuntan a un saber cultural, de sentido común compartido por el grupo objetivo, acerca de patrones de atribución. Esto aportará elementos sobre qué es y cuáles son las causas o parámetros por los que se describe la rehabilitación en drogas, en otras palabras, se extraen las dimensiones explicativas del discurso. Moscovici.(1981).

En suma, la representación social de la rehabilitación del consumo de drogas en el grupo de estudio constituye un sistema de significados acerca del tema, que se manifiesta en términos de imágenes, explicaciones y actitudes. Y que se fundamenta en experiencias compartidas.

2.1 Investigaciones en Chile sobre Jóvenes y Drogas

Se han realizado diversas investigaciones de orden cualitativo, tendientes a captar el discurso de los jóvenes en ámbitos relacionados con el consumo de drogas, estas investigaciones se han concentrado en la población escolar y en sectores urbano populares de nuestro país.

A modo de ejemplo citaremos a Pérez, Sepúlveda y Gainza (1997) realizan una investigación de tipo cualitativa acerca del discurso de la pasta base de jóvenes urbano populares de algunas poblaciones de la zona sur de Santiago, Los autores discuten en sus conclusiones la forma como la construcción de identidad de los jóvenes populares pastabaseros asume las formas y prescripciones de un discurso oficial sobre las drogas y sus usuarios; sin embargo, enfatizan al mismo tiempo el que la identidad de esta población, sus acciones y palabras, responden a su vez a códigos internos que escapan a los discursos del control. De esta forma, también escaparían a las prácticas institucionales que se desprenden usualmente de dicho discurso.

El Instituto Nacional de la Juventud (1995) con la colaboración de la Pontificia Universidad Católica realiza un estudio de tipo cualitativo, con una muestra de estudio compuesta de 141 entrevistados, de los cuales 121 eran jóvenes - 56 hombres y 65 mujeres, entre los 14 y 25 años - y 20 adultos entre los 28 y 55 años. El estudio tuvo por interés, Intentar comprender más ampliamente el consumo de drogas en los jóvenes, y tuvo el propósito de indagar acerca de los significados asociados a las drogas, como a su consumo, desde la perspectiva de los propios jóvenes, a partir de la reconstrucción de las representaciones sociales de jóvenes acerca de las drogas, de las prácticas asociadas a su consumo, de los principales motivos y facilitadores del consumo en las distintas etapas del consumo desde el inicio hasta el final. Entre los resultados de esta investigación destaca que el consumo de drogas estaría muy ligado a la etapa vital de la adolescencia y juventud, la búsqueda de experiencias nuevas, rebeldía respecto a las normas establecidas, la necesidad de pertenecer a los grupos de pares y la identificación con estos serían algunos de los motivadores y facilitadores del inicio y mantenimiento del consumo de drogas en los jóvenes.

Por otro lado encontramos la investigación de Andrade, K. y Henríquez, F. realizada el 2005⁵, en donde se intenta indagar acerca de la percepción y el nivel de información que poseen jóvenes del sector rural, específicamente de

⁵ Tesis para optar al título de Asistente Social. U. Academia de Humanismo.2005

la comuna de Pirque, respecto a estas temáticas de consumo de drogas y sexualidad.

Los estudios antes señalados indagan a cerca del discurso de los jóvenes y el consumo en la población urbana y rural, sin embargo ninguna de estas investigaciones involucra en su estudio el discurso de los Jóvenes en tratamiento del consumo problemático de drogas en relación a la Rehabilitación.

Los estudios antes señalados indagan a cerca del discurso de los jóvenes y el consumo en la población urbana y rural, sin embargo ninguna de estas investigaciones involucra en su estudio el discurso de los Jóvenes en tratamiento del consumo problemático de drogas en relación a la Rehabilitación.

3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

En 1982 se creó la Comisión Nacional para el Estudio de Problemas de Alcoholismo y Drogadicción en Jóvenes. Esta comisión dio instrucciones a los municipios de la región Metropolitana para que contratasen equipos profesionales de salud mental y creó los Centros de Adolescencia y Drogas. Su objetivo fue la prevención, tratamiento y rehabilitación de la drogadicción en adolescentes.

Los profesionales, organizados en equipos, dieron origen a una gran diversidad de enfoques y estrategias durante un largo período de varios años, en que cada grupo trabajó sin mucho conocimiento del otro. Es entonces que el Ministerio de Salud invita a los equipos a coordinarse y generar un consenso en torno a aspectos básicos del programa. (cosamestacioncentral.cl)

A partir de estos acuerdos, se comenzó a discutir la formulación de un proyecto de salud mental comunitaria, propuesto como proyecto de Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (Cosam). El proyecto recogió la experiencia anterior de los centros de adolescencia y drogadicción y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a actuar preventivamente, en forma local y facilitando la participación comunitaria.(op,cit)

Las modalidades de tratamiento que se han desarrollado han ido evolucionando desde una atención residencial a una atención Ambulatoria, este cambio fue producto de la reflexión a cerca de la efectividad de los tratamientos residenciales que ubicaban e una situación de laboratorio los usuarios, en cambio el, tratamiento ambulatorio es menos costoso y da la posibilidad de que el individuo siga interactuando con su familia y permite que esta se pueda integrar mas activamente en el tratamiento

Desde ese tiempo han variado significativamente el abordaje del consumo de drogas, tendiendo a ser mas especificas y ampliando su rango de acción.

Hoy en día las modalidades de tratamiento para el consumo de drogas han diversificado su oferta de atención en diversa modalidades de tratamiento que toman en cuenta aspectos biopsiosociales en los usuarios, esto quiere decir que son modos mas específicos de acuerdo a los grupos de usuarios que requieran atención.

En Chile las modalidades de tratamiento para la rehabilitación del consumo de drogas que actualmente se desarrollan disponen en la actualidad desde programas ambulatorios básicos, programas de tratamiento de moderada intensidad o programas de tratamiento intensivos, dependiendo del grado de compromiso biopsicosocial que presenten los sujetos, estas modalidades de tratamiento son parte de las nuevas perspectivas para abordar las adicciones al consumo de drogas que son la alternativa a los tratamientos residenciales, y que se llevan a cabo en diversas unidades de atención de salud.

Son muchas las gestiones que se han realizado para llegar a los actuales lineamientos técnicos del abordaje del consumo de drogas que se desarrollan hoy en nuestro país, durante el trayecto histórico del tratamiento de las adicciones, *los expertos* han sido los responsables de ir dando los giros necesarios de las intervenciones, siempre con la intención de brindar una atención mas adecuada al usuario. Actualmente la prioridad institucional

esta centrada en realizar intervenciones mas individualizadas, de acuerdo al tipo de usuario, que han derivado en la creación de programas específicos para mujeres embarazadas, jóvenes de la calle, entre otros. Sin embargo, llama la atención que al revisar los lineamientos técnicos de Conace nos encontremos con una disertación que hace referencia solo a los llamados expertos, pasando por alto, el saber de los sujetos intervenidos, los jóvenes.

La nociones de jóvenes, adolescentes y rehabilitación del consumo de drogas, son pensadas desde perspectivas epistemológicas adultocéntricas, en donde dichos conceptos, se definen desde parámetros tendientes a generalizar, no reconociendo el hecho de que existen diversas formas de ser joven en nuestro país, de esta forma desautorizan y relegan el discurso juvenil a lugares poco visibles, excluyendo a los jóvenes de los espacios de participación, y en lo que dice relación a las ofertas de tratamiento, de su protagonismo en la implementación y desarrollo de los mismos. Este carácter absolutista se magnifica en el caso de la juventud urbano popular consumidora de drogas.

Estas concepciones generalizadoras, (que son funcionales al mantenimiento del control social), influyen directamente en los diseños y las planificaciones de los programas de rehabilitación del consumo de drogas, que no toman en cuenta el discurso de los jóvenes a intervenir.

Se considera importante, de acuerdo a lo anterior, indagar en relación al discurso que tienen los usuarios de dichos programas estatales hacia el proceso de rehabilitación.

Los programas de rehabilitación en sus diferentes modalidades, se presentan como un espacio de conflicto entre el discurso oficial de las drogas y de las prácticas adultas sobre los jóvenes adolescentes, y las acciones y discursos juveniles de las drogas y del ser joven. Así mismo, los jóvenes que durante el año 2004 eran derivados a tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas en el programa ambulatorio básico del Cosam de Estación Central (lugar de mi practica profesional), en su gran mayoría ingresaban a tratamiento debido a presiones familiares, escolares o judiciales y, a pesar que en algunos casos llevan períodos prolongados en el programa de rehabilitación, mantenían su consumo de drogas, o por otro lado simplemente desertaban del tratamiento.

Desde estudios realizados por entidades que trabajan en la modalidad residencial como lo es el Hogar de Cristo se concluyen ideas similares en relación a la adherencia a tratamientos de rehabilitación.

Según cifras del Hogar de Cristo, por ejemplo, entre 1999 y 2002 más de 900 jóvenes fueron postulados desde los COD y CTD pertenecientes a la Región Metropolitana, a las comunidades terapéuticas del Área de Riesgo Social de dicha institución, y en forma mayoritaria a sus programas residenciales. La adherencia de esta población a los programas, sin embargo, es considerablemente baja. (Idiáquez, C., Pérez, P. y Echeverría, A., 2003).

Desde este panorama psicosocial cabe formularse las siguientes preguntas :

4. Preguntas De Investigación:

¿Cuál es la Representación Social que tienen sobre la Rehabilitación del consumo de drogas los adolescentes derivados al Programa Ambulatorio Comunitario de rehabilitación del consumo De Estación Central?

- ¿Los Jóvenes adolescentes atendidos en Programa Ambulatorio Comunitario De Estación Central tienen una Representación Social de la rehabilitación del consumo de drogas?
- ¿Cuál es el significado que le otorgan los jóvenes ingresados al Programa Ambulatorio Comunitario de Estación Central, al tratamiento de rehabilitación del consumo de drogas?

5. APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es un aporte, en tanto profundiza en las motivaciones, creencias y sentires que están detrás de las respuestas que dan los destinatarios de los Programas Ambulatorios Comunitarios de tratamiento y rehabilitación a un fenómeno social que cobra ribetes de problema público. Esas motivaciones, provienen de particulares formas de comprender el fenómeno de las drogas, a las que definiremos como Representaciones Sociales, pues están arraigadas a las creencias populares y se retroalimentan con los sucesos de la vida cotidiana y con las informaciones

otorgadas desde las distintas fuentes de información o fuentes sociales que estos sujetos poseen.

Bajo este escenario, es importante conocer en primer lugar cual es la visión que tienen los jóvenes de alta vulnerabilidad social, infractores de ley, en tratamiento, a través de un trabajo en conjunto entre el programa de rehabilitación Ambulatorio Comunitario con el Programa de intervención Ambulatoria (PIA) dependiente del Sename , respecto a la rehabilitación del consumo de drogas, que si bien responde a una realidad particular y no necesariamente generalizable, puede ser un aporte para la construcción de estrategias de tratamiento que incorpore la visión de estos jóvenes. Además pensamos que conocer la representación social del grupo objetivo, acerca de la rehabilitación del consumo de drogas, podría favorecer a la ampliación del diagnóstico y/o registro acerca de la percepción de los propios destinatarios de dichos planes.

Por lo tanto, esta información se traduce en una contribución para los equipos profesionales encargados de la gestión de estos programas, considerando el corto período de existencia de esta iniciativa que por lo demás se auto percibe como en construcción. La contribución que puede emplearse a la hora de la confección de futuros proyectos y de definir un mecanismo de atención, en lo posible mas adecuado a la realidad sociocultural de los usuarios, y en esta medida posibilitar un mejor abordaje clínico de la problemática del consumo en los Jóvenes.

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Describir las Representaciones Sociales de la Rehabilitación del consumo de drogas en jóvenes adolescentes entre 14 y 19 años de alta vulnerabilidad social, que están ingresados al Programa Ambulatorio Comunitario de rehabilitación del consumo de drogas en la comuna de Estación Central, en el contexto del Área Marginalidad del CONACE. Representaciones Sociales que se manifiestan en términos de imágenes, información y actitudes respecto del tema.

Objetivos Específicos:

- Describir la imagen o campo representacional que tienen de la rehabilitación del consumo los(as) los jóvenes con consumo problemático, ingresados al Programa Ambulatorio Comunitario de Estación Central del Área Marginalidad del Conace.
- Describir las actitudes que tienen los(as) jóvenes adolescentes ingresados al programa ambulatorio comunitario de Estación Central en torno a la rehabilitación del consumo.

- Describir la información que tienen los(as) jóvenes adolescentes ingresados al programa ambulatorio comunitario de Estación Central sobre la rehabilitación del consumo.
- Construir la Representación Social de la rehabilitación del consumo de drogas que tienen los jóvenes ingresados al programa ambulatorio comunitario de Estación Central.

7. Esta investigación se estructura en partes y capítulos.

La primera parte la constituye el Marco Teórico, el que está organizado en 5 capítulos; el Enfoque de Estudio, que sitúa la investigación desde la Psicología Social ; el segundo capítulo que aborda la conceptualización de las Representaciones Sociales; el tercer capítulo contiene información acerca de las drogas el cuarto capítulo, esta referido al concepto de Juventud y marginalidad, el quinto capítulo se indican las instituciones intervenidas.

La segunda parte del texto la constituye el Marco Metodológico.

La cuarta parte corresponde a la descripción y análisis de los resultados obtenidos en el trabajo en terreno, de acuerdo a las dimensiones de las representaciones sociales, y la construcción final de los núcleos figurativos o representaciones sociales principales.

La tercera parte y final corresponde a las conclusiones, discusiones y limitaciones del estudio.

III MARCO TEORICO

1. MARCO CONCEPTUAL: LA ORIENTACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación esta ubicada en el marco de referencia de las ciencias sociales, específicamente en la disciplina de la Psicología social.

Las ciencias sociales desde sus inicios han estado marcadas por diferentes cambios asociados a los diferentes modelos acerca del conocimiento de lo humano.

Así, en una primera instancia, podemos mencionar al paradigma positivista, el cual estaba ubicado en una posición dominante respecto a los demás paradigmas. El positivismo se caracteriza por pensar en forma mecanicista lineal, estudiando a los sujetos como aislados de la sociedad, dándoles una posición pasiva frente a los factores de contexto social. Asimismo, desde esta mirada los hechos sociales suceden de manera monocausal o reduccionista, tendiendo a simplificar los procesos sociales, enfatizando su cuantificación. Sus fuentes de conocimiento se remiten al

mismo conocimiento científico y sus métodos, por lo que se le designa como “conocimiento científico clásico”.

Al respecto, cabe recoger el argumento de Morin, quien afirmaba que, *“Lo que la ciencia positivista clásica aportó a la necesidad de conocimiento, no es solo un cuidado por la verificación, sino un método de pensamiento fundado en un doble principio de disyunción y reducción, al que yo denomino principio de simplificación”* (E. Morin, 1984:341)

Paralelamente a este enfoque positivista, van surgiendo otros modelos teóricos que se consideran detractores de la manera como explica los hechos sociales este enfoque. El mismo Morin nos complementa la información al afirmar que *“El interés por las interferencias sociales esta contribuyendo a orientar parte de la Psicología Social hacia una penetración mucho mas directa en el terreno de la vida cotidiana, despertando el interés por las relaciones sociales concretas, y por el pensamiento de sentido común. Este movimiento empuja a la Psicología Social fuera de los laboratorios...”* (op,cit)

Entre estos planteamientos se encuentran las aportaciones de la fenomenología social de Schütz, las tesis socio constructivistas de Berger y Luckman, las reflexiones de la antigua escuela de Chicago y los trabajos Europeos sobre las representaciones sociales.

”El conocimiento científico clásico al privilegiar lo matematizable, no conserva del universo de los fenómenos sino lo que puede ser formalizado y “operacionalizado”. El fenómeno en tanto fenómeno se disuelve: ya no hay singularidades ni seres, ni existentes”. ((op,cit)

Desde la epistemología tradicional, el modelo Funcionalista⁶ sostuvo y defendió una concepción de “influencia” social preocupado por reproducir conformidad social, obediencia y sumisión al interior de un sistema social, óptimo permanentemente estable. Esta perspectiva de la “influencia social” significó a lo largo de décadas un implícito ideológico de la Psicología Social, que actuó como mecanismo asegurador del status-quo que ha sido sistemáticamente enseñado y reproducido al interior del sistema educativo, y de todo sistema de autoridad cuyo efecto socializador sirviera para mantener las bases de la sustentación del poder.

Desde esta plataforma y en contraposición con las ideas funcionalistas surgen otros supuestos a la base de la Psicología Social, que comparten ideas comunes como, en primer lugar, el cuestionamiento al positivismo, la noción de una realidad social que se construye entre los sujetos, la idea de un sujeto capaz de ejercer “influencia”. Desde estos presupuestos los sujetos se ubican en un lugar mas activo, capaz de “interactuar” en lo social.

⁶ Descrito por Serge Moscovici en “Psicología de las minorías activas”, ediciones Morata, Madrid, pp. 15, en Pozzoli,M. la interacción social pp. 54,2000.Castaglia.

Uno de los modelos que surgen como alternativa a la visión epistemológica Funcionalista es el Modelo Genético descrito por Serge Moscovici, modelo basado en valores como la igualdad, libertad, fraternidad, ideales que fundamentaron la Revolución Francesa.

Según Tomas Ibáñez (1984) lo que se podría clasificar de pensamiento ordinario o de sentido común, ha estado presente en la Psicología Social desde sus inicios, así por ejemplo el interés por el estudio de las actitudes es un indicio de la importancia concedida a las estructuras cognitivas socialmente adquiridas que orientan las reacciones de las personas, al parecer los psicólogos sociales manifestaban una conciencia de que las reacciones ante la realidad estaban mediadas por procesos subjetivos que construyen la realidad ante la cual se reacciona.

“Así se destaca la posibilidad de constructividad que esta nueva epistemología le asigna a los interactuantes, quienes tienen la posibilidad de “hacer”, un hacer con posibilidad transformadora, en el sentido considerado por Serge Moscovici al plantear las características del modelo genético⁷”(op, cit)

⁷ Moscovici S. Psicología de las minorías activas, Op cit .en Pozzoli M. “La Interacción Social”1997,pp11

De esta manera, la teoría de las representaciones sociales constituye una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad considerando las dimensiones cognitivas y las dimensiones sociales de la construcción de la realidad, haciendo patente de esta forma su perfecta sintonía.

2. REPRESENTACIONES SOCIALES

A fines el siglo XIX, precisamente Emile Durkheim estableció diferencias entre representaciones individuales y colectivas explicando que lo colectivo no podía ser reducido a lo individual. Es decir que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva que puede ser visualizada en los mitos, la religión y las creencias.

Tuvieron que pasar varias décadas para que Serge Moscovici retomara estos planteamientos y desarrollara una teoría en Psicología Social que integraba aportes cognitivistas y sociales en la construcción de la realidad social, al rescatar en la década de los 60, el concepto de representaciones colectivas de Durkheim, desarrollando una serie de investigaciones sobre el concepto de representación. Su trabajo en representaciones sociales se centró en la vulgarización del conocimiento científico, tomando como objeto de su estudio el psicoanálisis, para ilustrar la

forma en que el conocimiento científico se convierte en conocimiento de sentido común, pasando por una serie de transformaciones propias a la constitución de las representaciones sociales.

Asimismo, Jodelet, D. (1984) enfatiza que las Representaciones Sociales se dan en el contexto del pensamiento práctico que sirve como guía a la actuación concreta sobre las personas y las cosas y que pretende sistematizar los saberes pragmáticos. Pretendiendo por medio de la comunicación constituir un agente de creación de un universo mental consensual.

Al respecto, Ignacio Martín Baró señalaba: *“Una sociedad mantiene su unidad debido a la existencia de una Conciencia Colectiva. La conciencia colectiva consiste en un saber normativo, común a los miembros de una sociedad irreductible a la conciencia de los individuos, ya que consiste en un hecho social”*. (Martín-Baró, 1985:33)

Por otro lado, según Tomás Ibáñez las representaciones colectivas *“son producciones mentales colectivas, la matriz a partir de la cual las personas producen sus representaciones individuales”* (Ibáñez, T.1994:168). Esto significa que son construcciones independientes de los individuos que

las usan, son construcciones derivadas de las personas tomadas en conjunto y no individualmente.

Las representaciones sociales pueden entenderse como formas específicas y estructuradas de conocimiento o pensamiento social, diferenciables de los mitos, las actitudes o la ideología. Estas formas de pensamiento son verdaderas teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de la realidad cotidiana, con la suficiente precisión para poder desenvolverse en ella sin mayores dificultades (Ibáñez, 1988).

Ese conocimiento se construye a partir de la experiencia, pero también por las informaciones, como conocimiento y modelo del pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, educación y comunicación social. Así, este conocimiento es en muchos aspectos elaborado y compartido. Bajo diferentes aspectos las Representaciones Sociales intentan dominar nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen de él.

Como decimos mas arriba, diferente de otras formas de pensamiento social, como son los mitos, ideología, ciencia o cosmovisión, las Representaciones Sociales son procesos de construcción de la realidad en el sentido que forman parte de la realidad social y contribuyen a configurarla. A

la vez que contribuyen a construir el objeto por lo cual en sí son una representación.

Entre la funciones que cumplen las Representaciones Sociales está la de entregar novedades al pensamiento social, conformar identidades personales y sociales, así como en la expresión y configuración de los grupos, es así como se constituyen como generadores de toma de postura, orientando las ideas de una persona frente al objeto representado, a la vez que determinan las conductas hacia dicho objeto y producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social.

En general, las Representaciones Sociales son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas con la suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse sin contratiempos. He ahí la importancia de las Representaciones Sociales como mecanismos y fenómenos, indispensable al desarrollo de la vida en sociedad.

Una Representación Social hace referencia a una serie de guiones de interacción y a las teorías implícitas en ellos, que se presentan públicamente, es decir, que se actúan. Estas creencias no sólo están unidas a formas de interacción estratégica, como suele ser la prevención o la rehabilitación en

drogas, sino que tiene diversas funciones sociales. Además de ser compartidas, originadas y utilizadas socialmente, y de tener como objeto de pensamiento a sucesos de un cierto peso social, estas creencias deben tener una estructuración, estar ancladas ideológica y valóricamente. Por otra parte, las representaciones sociales contribuyen a lograr que las personas acepten la realidad social instituida; facilitando una integración satisfactoria en la condición social correspondiente a su posición. En este sentido, las representaciones sociales contribuyen a la legitimación y fundación del orden social, tanto a nivel simbólico como práctico, en la medida que orientan comportamientos que se ajusten a la reproducción de las relaciones sociales determinadas o exigidas por el sistema social.

Para objeto de esta investigación, tomaremos la definición que propone Jodelet: *“El concepto de Representación Social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En el sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las Representaciones Sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.*

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás” (Jodelet, 1986:474, 475)

En suma, la presente investigación se formula entonces desde la Teoría de las Representaciones Sociales, debido a que esta teoría, según Moscovici y Jodelet, se refiere a la manera en que los sujetos sociales -en este caso los destinatarios de Programas Ambulatorios Comunitarios de Rehabilitación- aprenden de los acontecimientos de su vida cotidiana y generan un conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas de esta vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En pocas palabras, el conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico, respecto de la rehabilitación del consumo problemático de drogas.

2.1 Estructura y Funcionamiento de las Representaciones Sociales.

Dimensiones de la representación.

Moscovici señala que existen tres ejes en torno a los cuales se estructuran los componentes de una representación social: *La información, la*

actitud y el campo de representación (Moscovici.1979:45). Ejes que definimos a continuación.

La información: es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y calidad de los mismos. “Se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo respecto a un objeto social” Esta dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas.

La Actitud: Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. En términos de Tomás Ibáñez, “*es la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación, y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación a ese objeto*” (Ibáñez, 1994:184).

Campo de Representación: Hace referencia a la ordenación y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma. El campo representacional se organiza en torno al *núcleo figurativo*, el que constituye la parte más sólida y estable de la representación. El núcleo figurativo ejerce una función organizadora para ella, otorgándole su peso y significado a los demás elementos presentes en el campo representacional.

Por otro lado, en la formación y funcionamiento de las representaciones sociales intervienen dos procesos: la **Objetivación** y el **Anclaje**.

La **Objetivación** hace referencia al proceso de transformación de los distintos contenidos conceptuales relacionados con un objeto, en imágenes; así, se concretiza lo abstracto, sustituyendo las dimensiones conceptuales más complejas por elementos figurativos más accesibles al pensamiento concreto. El proceso de objetivación presenta tres fases (Ibáñez, 1994):

Construcción selectiva: en esta fase se da la selección o retención de ciertos elementos de información, rechazando otros; los elementos retenidos tienden a ser descontextualizados, en el sentido que son extraídos de su fuente originaria, y transformados o adaptados de tal forma que puedan calzar en las estructuras de pensamiento ya constituidas en el sujeto.

Esquematización estructurante: esta fase se orienta a la construcción de un núcleo figurativo, a través de la organización de los diversos elementos de información seleccionados y adaptados, materializándolos en una imagen más gráfica y coherente del objeto representado.

Naturalización: en esta fase, el núcleo figurativo antes construido pierde su carácter simbólico como representación mental construida socialmente, cobrando existencia real y autónoma, y por tanto, anterior al sujeto. De esta forma, el núcleo figurativo se transforma en la expresión o reflejo fiel de una

realidad en la que encaja perfectamente: la distancia existente entre el objeto real y el objeto representado desaparece, el objeto representado se constituye en objeto real.

El proceso de **Anclaje**, por su parte, es descrito como un mecanismo que tiene por finalidad *“integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento tal y como está constituido”* (Ibáñez, 1994:187).

Este proceso de asimilación de las innovaciones, pasa por la adecuación de lo nuevo en nuestros esquemas familiares; sin embargo, se acompaña de un proceso de ‘acomodación’, en el sentido que *“la integración de la novedad modifica nuestros esquemas para hacerlos compatibles con sus características”* (Ibáñez, 1994:188)

El mismo autor agrega como una segunda característica del proceso de anclaje, que éste *“expresa el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales”* (Ibáñez, 1994:188). De esta forma los grupos sociales construyen, a partir de sus propios valores y creencias, una red de significados a partir de los cuales el objeto representado es situado y evaluado como hecho social; los fenómenos nuevos ante los cuales se vea enfrentado un grupo serán tratados a partir de

estos valores y creencias propios, haciendo variables los procesos de acomodación y asimilación.

Nosotros al investigar las Representaciones Sociales acerca de la rehabilitación del consumo problemático de drogas, nos interesamos sobre cómo los grupos sociales, definidos por tales características (usadores problemáticos de drogas) y por su cercanía al objeto social, (Programa Ambulatorio Comunitario de Rehabilitación), tendrán ciertas representaciones sociales diferente acerca de la rehabilitación, información cognitiva diferencial, diferentes sentimientos ante esta y ante los llamados "grupos de prevención", (sujetos no consumidores o consumidores no problemáticos), explicaciones diferentes del consumo, visiones diferentes de los efectos, y opiniones diferentes sobre las medidas remediales institucionales y sociales.

Resulta evidente el papel que juegan los mecanismos de información social como las noticias, campañas y publicidad, en tanto representan un poderoso medio de acción para formar actitudes y transmitir conocimientos en materia de drogas. Sin embargo, es necesario reconocer la heterogeneidad de discursos en torno al tema, y la hegemonía de planteamientos alarmistas y distorsionadores de la realidad de los usuarios de drogas en las campañas existentes y que han tendido a fortalecer la desinformación más que la información veraz y oportuna. Esto, en tanto se emiten mensajes a un público general esperando sensibilizar vía la tragedia a

todo aquel que las vea o escuche.

Lo interesante de esta dinámica es que las representaciones sociales no sólo se producen sino que hacen posible la producción de nuevos procesos sociales, de esta manera podemos pensar que los jóvenes ingresados al Programa Ambulatorio Comunitario de Estación Central, dependiente del Área Marginal del Conace, tienen una cierta imagen de la rehabilitación del consumo de drogas que guía su pensar y actuar.

Pensamos que la iniciativa de ahondar en su representación social de la rehabilitación puede constituirse en un valioso aporte para la reflexión acerca de las estrategias desplegadas ante el tema. O a un cambio en las concepciones tradicionales de los programas de tratamiento.

3. Rehabilitación del consumo de drogas a nivel institucional

La rehabilitación del consumo de drogas, es un concepto que ha cobrado relevancia a nivel nacional en las últimas décadas, por lo mismo el Concejo Nacional para el control de estupefacientes ha elaborado la estrategia Nacional de drogas: 2003-2008, en la que se definen trece objetivos, uno de ellos dice relación con el tratamiento y la rehabilitación de las personas con problemas derivados del consumo de drogas, mas explícitamente el objetivo refiere: *“Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción”* (Conace, 2004; 6).

Desde esta mirada institucional el concepto de tratamiento y rehabilitación es entendido como: “Un *proceso de intervención dirigido a la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas, que incluye el desarrollo de un conjunto de acciones, de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de rehabilitación de las drogodependencias de instrumentalizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y recursos asistenciales.* (Conace, :2003:83).

La rehabilitación desde esta perspectiva es una forma de afrontar los problemas derivados de los *usos indebidos de las drogas*.

3.2 Evolución de los programas de tratamiento en Chile⁸

⁰ La historia de la red asistencial para personas con consumo problemático de alcohol y drogas en Chile, data de las décadas cincuenta y sesenta, cuando surge la preocupación por el problema del consumo de alcohol y se instalan los primeros centros o unidades de desintoxicación (postas antialcohólicas). En la década de los setenta y en la década de los ochenta, surgen desde el sector privado solidario diferentes organizaciones no gubernamentales que desarrollan iniciativas y programas de atención, para población marginal y niños de la calle con consumo de solventes volátiles. A fines de los años ochenta, surgen las primeras comunidades

⁸ . Lineamientos Técnicos Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2003.

terapéuticas basadas en el modelo dominicano y/o de orientación religiosa.

Durante la década de los noventa, con la elaboración de la Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, en donde se define como área prioritaria el beber problema y consumo de drogas. Se realizan entonces, acciones preventivas desde el sector público y a nivel comunitario a través de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM).

En el año 1994, con la promulgación de la ley 19.366, el Ministerio de Salud crea el programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol, a través de la contratación de profesionales en los Servicios de Salud del país, para la atención de la demanda de personas con problemas de drogas.

El Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes (CONACE), por intermedio de su Secretaría Ejecutiva otorga apoyo técnico y financiero a organizaciones que brindan tratamiento a través de la modalidad de proyectos concursables desde 1996 hasta 1998.

En 1999 se establece una alianza estratégica entre CONACE-MINSAL para la instauración del Subprograma de Tratamiento y Rehabilitación.

Este otorga financiamiento a centros de tratamiento a través de la modalidad de compra de cupos ambulatorios y residenciales, que posibilita entregar tratamiento a personas de escasos recursos de país.

A fines del año 2001 el CONACE y MINSAL diseñan el Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de sustancias estupefacientes y/o

psicotrópicas. Se trata de un programa que administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en coordinación con el programa de Drogas y Alcohol de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, entrega apoyo técnico y financiero a centros de tratamiento públicos y privados acreditados e incorporados a una red asistencial de la jurisdicción correspondiente a los 28 servicios de salud del país, para la atención de personas con problemas derivados del consumo de sustancias ilícitas, a través de planes de tratamiento por niveles de complejidad.

Esta alianza intersectorial cuenta con la red de los Servicios de Salud, los cuales asumen la tarea de acreditar a cada uno de los centros públicos y privados de tratamiento que se ubican en su territorio jurisdiccional; asignar en conjunto con CONACE la carga de trabajo en rehabilitación que a cada uno de ellos le corresponde, en relación a la red asistencial disponible y a las necesidades de atención de la población a su cargo, y por último, asesorar en forma continua la marcha técnica del proceso de tratamiento y rehabilitación.

En la actualidad existen 186 centros de tratamiento públicos y privados distribuidos a lo largo del país que ofrecen planes de tratamiento básicos, intensivos y residenciales, a través del convenio CONACE-FONASA, de un total de 350 centros que otorgan programas de tratamiento acreditados por el Ministerio de Salud.

3.2 Modelos teóricos de intervención en la rehabilitación del consumo

En la práctica de los tratamientos para personas con consumo problemático de drogas existen diversas maneras de abordar el fenómeno, estas varían según los programas de tratamiento

A continuación daremos a conocer una muestra de algunos modelos teóricos acerca del tema. En esta selección nos encontraremos tanto con enfoques donde en su fundamentación se aprecia una base aceptable de investigación científica; como con otros donde se constatan posturas valóricas sobre el tema, con gran influencia en las políticas públicas sobre drogas donde podemos hallar argumentaciones basadas en valoraciones de sentido común, más basadas en la ideología que en la validación científica.

El objetivo de exponer resumidamente estos distintos enfoques busca situar nuestro Modelo Teórico en el contexto de la discusión social que existe respecto al tema, dentro del cual nos inclinamos por una visión científica integral, cuyas argumentaciones exponemos mas adelante.

3.2.1 Descripción de modelos comprensivos.

En esta descripción de modelos (Arcila, M. Núñez, M. Rammsy, V. Saniter, N., 2004) podemos identificar como variables mencionadas en forma

reiterada a las siguientes: La drogas (referida a la sustancia en sí), al individuo (variables físicas, psicológicas, tipo de consumo, entre otras) y a la cultura (Sistema de normas, costumbres, valores, red social, conductas, en una sociedad particular).

A partir de dicha identificación vamos a poder hacer una representación gráfica de los modelos cuando corresponda.

3.2.1.1 Paradigma de Enfermedad

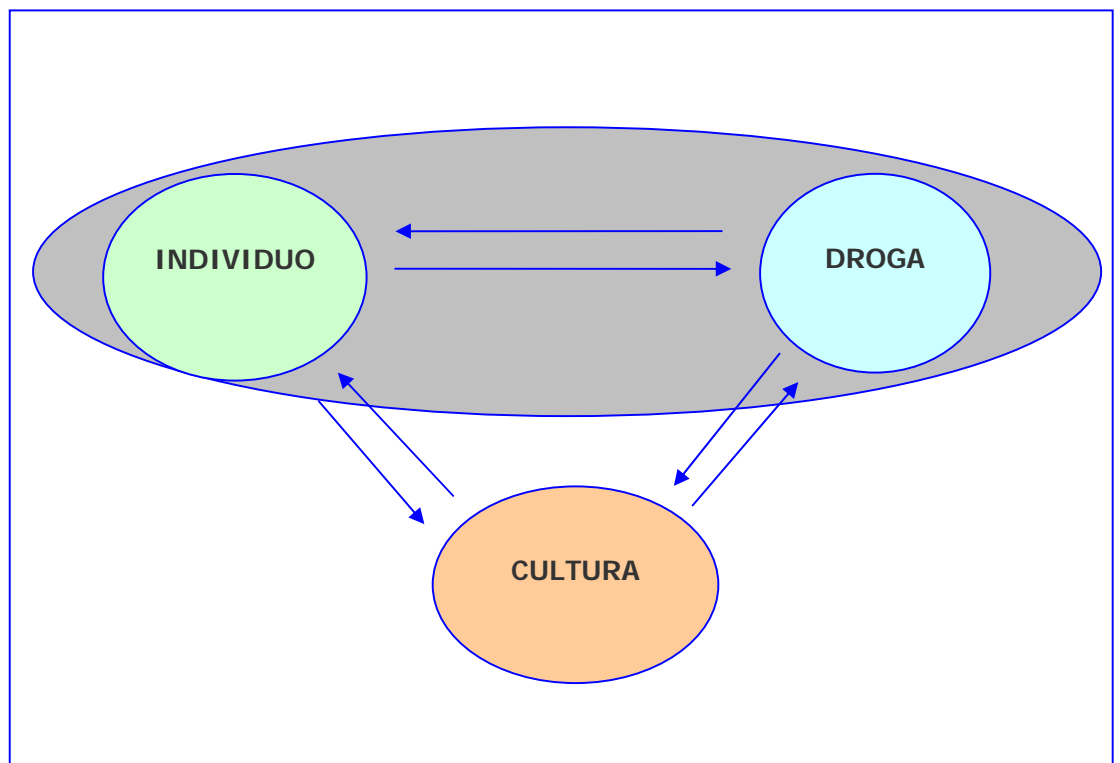
La adicción es una entidad absoluta, es una enfermedad, el portador manifiesta un comportamiento diferente al de personas que no la sufren. Se dañan sus mecanismos de control, de forma que la compulsión por el consumo es involuntaria. Dichos daños en los mecanismos de control son irreversibles, de modo que la meta de todo tratamiento es lograr la abstinencia total. De no tratarse lleva a un deterioro progresivo. (Heather, N. & Robertson, I. 1997)

Dentro de este paradigma explicativo encontramos tres posturas teóricas:

- a) **Teoría A: La adicción como una enfermedad física preexistente.** Es innata forma parte de la carga genética de la persona (por ej: la teoría del "gen alcohólico").
- b) **Teoría B: La adicción como una enfermedad mental o psicopatología.** Se explica a partir de conceptos psicológicos como: "enfermedad mental, emocional, o desorden de personalidad, entre otros.

c) **Teoría C: La adicción como una enfermedad o dependencia adquirida.** No existe predisposición física ni psicológica, la adicción es un fenómeno que puede ocurrirle a cualquiera que consuma en forma indebida alguna droga. Se desarrolla una adaptación orgánica que lo impulsa a seguir consumiendo para evitar el "síndrome de abstinencia". En suma, la persona no es **enferma de nacimiento**, sino que se *convertirá* en enferma si consume drogas de determinada manera.

La siguiente imagen pretende graficar lo expuesto respecto de este paradigma:



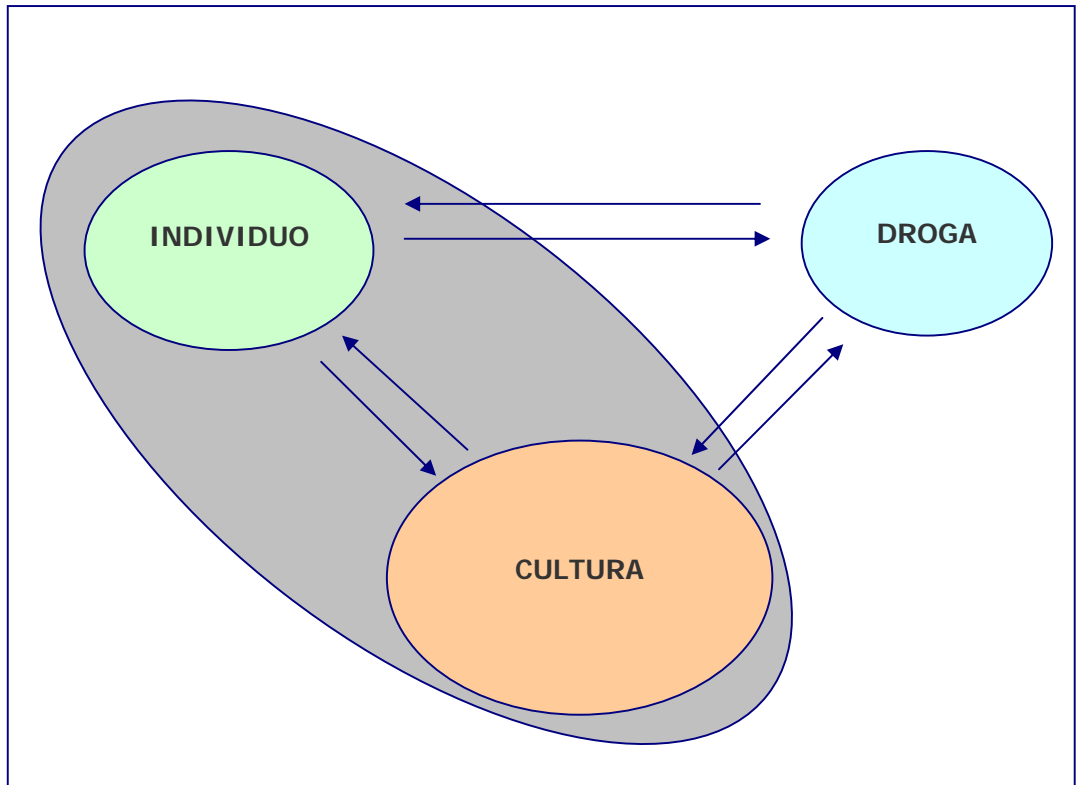
3.2.1.2 Paradigma del Aprendizaje Social

La teoría del aprendizaje social es el estudio sistemático de cómo las personas aprendemos a comportarnos, a pensar y a sentir, a través de diferentes niveles de aprendizaje, tales como: instrumental, condicionamiento clásico, modelaje, autorregulación y procesos cognitivos superiores.

La adicción NO es una entidad absoluta, ya que el consumo problemático es un comportamiento aprendido que se relaciona con el mundo socio-psicológico del individuo. No se puede entender la adicción con conceptos generales como "*pérdida de control*" o "*compulsión*", sino que se la ha de abordar desde una amplia gama de procesos psicosociales.

En la medida que la adicción es un comportamiento aprendido, puede en teoría ser desaprendido y por lo tanto, es reversible. Por otro lado, el consumo continuado en un adicto no necesariamente resulta en un progresivo deterioro, lo cual también depende del tipo de sustancia y las pautas del consumo del sujeto.

De esta manera, para el paradigma de aprendizaje social, el consumo problemático de drogas es resultado de una interacción sociocultural, tal como se grafica a continuación:



3.2.1.3 Teoría de las Representaciones Sociales y drogas

No corresponde en rigor a un modelo teórico sobre las drogas, sino que su interés está puesto en cómo se construye un conjunto de significados asociados al tema, es decir, sus campo representacional, las actudes que genera en las personas, e incluso en las instituciones. Es por esto mas bien un meta modelo.

Corresponde a un enfoque construccionista social, donde se identifican diversas formas de comprender el tema drogas desde los actores sociales. Generalmente esas visiones no están ajenas a los mitos

(construcciones imaginarias y/o simbólicas de una comunidad) y/o **Representaciones Sociales** (percepciones compartidas, de sentido común, que pueden influir en la conducta social), que se van transmitiendo a través de las tradiciones, de las experiencias colectivas y de los distintos canales de comunicación y otras fuentes de información con que cuentan las personas, grupos y organizaciones sociales.

Las representaciones sociales, en tanto construcciones sociales de sentido común, acerca de algún objeto social, son compartidas por un colectivo social y tienen el poder de movilizar conductas y tipos de interacción en torno a dicho objeto.

Así por ejemplo entre algunos de los mitos y **representaciones sociales** más comunes en nuestra sociedad, podemos mencionar los siguientes:

- Se suele generalizar que quien consume drogas es por una forma de evasión de problemas familiares; si bien puede ser una variable influyente en el consumo, no se debe estimar como la única causa, sino también considerar en ello, por ejemplo, la búsqueda de placer.
- Se asocia generalmente el problema de consumo de drogas a los jóvenes y no se reconocen a otros actores involucrados.

- Se ven como medidas efectivas para la prevención y el control del uso de drogas, aquellas asociadas a la represión (detección y detención) del tráfico y microtráfico de drogas.
- Se tiende a concebir a todo quien consume como drogadicto, no se hace la distinción entre los distintos tipos de uso de drogas (experimental, ocasional, habitual o adictivo).
- Se suele concebir a las drogas legales como por ejemplo el alcohol, como menos dañinas que las drogas ilegales, por el solo hecho de ser legales.
- Se tiende a generalizar a todos los consumidores o drogadictos, bajo el rótulo de vándalos o delincuentes.
- Se generaliza que quienes usan drogas, entran en una escalada, vale decir, comienzan por un uso experimental y llegan a un consumo dependiente problemático, o que quien usa una droga las probará todas.

Asimismo, entre las distintas representaciones sociales acerca del tema del consumo de drogas, nos encontramos con sectores y/o actores sociales cuyas posiciones pasan desde una magnificación del fenómeno, luego por una preocupación moderada: “el problema existe, pero mientras no me afecte, no es problema para mí”. Y, en otro extremo, una negación o minimización del tema, donde no es considerado problema y se asume que las drogas, si bien son parte de la realidad, no les genera tensión alguna. (Es

común apreciar estas tres posiciones en distintos temas de preocupación y movilización social).

Junto a la constatación del párrafo anterior, podemos afirmar que es más probable ver movilizados a los sectores comunitarios que se representan un fenómeno, como el fenómeno de las drogas, como problema o amenaza, (sin considerar si acaso esa percepción de problema se confirma o no con las mediciones sociales científicas de prevalencia real en drogas ilegales duras). Y que la carga emocional que motiva el accionar de colectivos sensibilizados desde la lógica del terror o la inseguridad puede estar imbuido de actitudes proclives al conflicto comunitario, precisamente con quienes son aparentemente "portadores" de la amenaza.

Este tema fue desarrollado durante el planteamiento del problema, mas cabe agregar que si bien el consumo abusivo de drogas, en efecto ha generado una problemática sociosanitaria en un sector de la población joven, particularmente a nuestro grupo objetivo; se asiste a una difusión del tema desde la alerta pública ante un fenómeno que se describe como masivo, donde la prevalencia de vida en la población es promovida como consumo reciente o consumo habitual.

El trabajo comunitario abordado desde las representaciones sociales abre la oportunidad de replantearse estas mismas, a partir de la

conversación y la habilitación de la gente, que permita contrastar el sentido común con la información científica y con la apertura de espacios de participación y búsqueda de consensos, o de acuerdos de convivencia. Ejercicio útil para la mediación comunitaria.

3.2.1.4. Reducción de Daños.

Modelo que surge en Europa (Holanda), a raíz del contagio de VIH entre heroinómanos que compartían jeringas. Una respuesta generada por organismos sociosanitarios fue la distribución gratuita de jeringas y preservativos, en la perspectiva de prevenir el contagio. Posteriormente la instauración de barrios "liberados", donde se autoriza el consumo. Esta situación permite a los servicios sanitarios localizar y prestar asistencia a los afectados por un uso problemático de drogas, acercando la institucionalidad a los ciudadanos que viven en condiciones de desmedro.

Esta corriente acepta el hecho de que el uso de drogas ha persistido a pesar de todos los esfuerzos para evitarlo. Es por eso que se rechaza de plano el paradigma de enfermedad, en la medida que dicho paradigma considera a la abstinencia como única forma de control del uso problemático de drogas. Es así como el desafío desde este enfoque también es la abstinencia, aunque considera utópico eliminar las drogas, o la "necesidad" de su consumo, mas bien asume que cuando la abstinencia no es posible ni

elegida por los usuarios, sólo queda aprender a convivir con ellas de la forma menos riesgosa y dañina posible.

La “**reducción de daños**” es una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo, lo cual se traduce en “reducción de riesgos”. Es una política social que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos generados por el uso de drogas, por lo que se dirige prioritariamente a los usuarios de drogas que no frecuentan las instituciones y que tienen escaso o nulo contacto con los dispositivos sanitarios y sociales, sin descartar también en el mediano o largo plazo el desarrollo de otras estrategias que respondan a las necesidades y demandas de estos en lo que se refiera a tratamiento u otra prestación socio- sanitaria.

Lo que quizás constituye un elemento nuevo en esta política preventiva, es la atención puesta en los “**efectos secundarios**” del uso de drogas. Por “efectos secundarios” estamos entendiendo no a los producidos por la propia naturaleza de la sustancia psicotrópica (“**efectos primarios**”), sino los efectos consecuentes a las respuestas sociales de dicho uso, en especial la criminalización. A estos “efectos secundarios” se los designa también “costos sociales de la criminalización de las drogas”.

Otra novedad de este enfoque, desde lo que denominan en prevención "**modelo de minimización de riesgos**", son los conceptos de "proximidad" y "baja exigencia".

Proximidad se refiere a que las intervenciones preventivas y de rehabilitación deben diseñarse tomando en cuenta fielmente la realidad y las necesidades de la vida cotidiana de sus destinatarios (usuarios de drogas).

Baja exigencia significa no condicionar la prestación de un determinado servicio al cumplimiento por parte de sus destinatarios de obligaciones específicas, impuestas generalmente por terceros que no tienen en cuenta sus motivaciones o competencias reales.

3.1.1.5 Tolerancia Cero

Paradigma que surge en los Estados Unidos en la década pasada a partir de la proliferación de la delincuencia y la violencia en Nueva York.

"Rudolph Giuliani, es el creador del concepto de "Tolerancia Cero", que surge en el año 1993, desde la necesidad de reforzar las políticas de seguridad ciudadana en la ciudad, con la idea de convertir a Nueva York en la ciudad más segura del orbe". Dooner .P (2003).

Las políticas de tolerancia cero son reglas administrativas que intentan enfocarse en problemas específicos asociados con la seguridad ciudadana y la disciplina pública. Muchos estados decidieron aplicar tolerancia cero a toda la gama de infracciones disciplinarias con el objeto de eliminar a los infractores y estandarizar la disciplina pública.

En Chile, la tolerancia cero es la predominante en las políticas tanto oficialistas, como de oposición respecto al tema drogas. Esta visión de la seguridad ciudadana sostiene que el aumento de la delincuencia se debe al bajo costo de cometer delitos. Así, el estado debe incrementar el costo de cometer delitos y faltas vía el aumento de penas, hacer más exigente la justicia, mejorar el sistema penitenciario e incrementar la presencia policial en las calles. Además del tráfico, el consumo también se penaliza y ambos fenómenos son considerados ilícitos y, por lo tanto, punibles.

Si, por ejemplo, un consumidor de drogas sabe que es muy probable que la policía lo detenga, que la justicia lo condenará rápidamente, y que pasará un tiempo largo en la cárcel, entonces optará por no consumir, al menos en la calle.

La connotación preventiva de este enfoque apunta al "consumo cero" y promueve consignas del tipo "guerra a las drogas", o "por una sociedad

libre de drogas", etc. Centrándose en las consecuencias negativas de las sustancias (daños), pero no considera los "beneficios" o motivaciones que pueden motivar la aparición de los consumos. Es en este punto donde este enfoque es diametralmente opuesto al de Reducción de Daños.

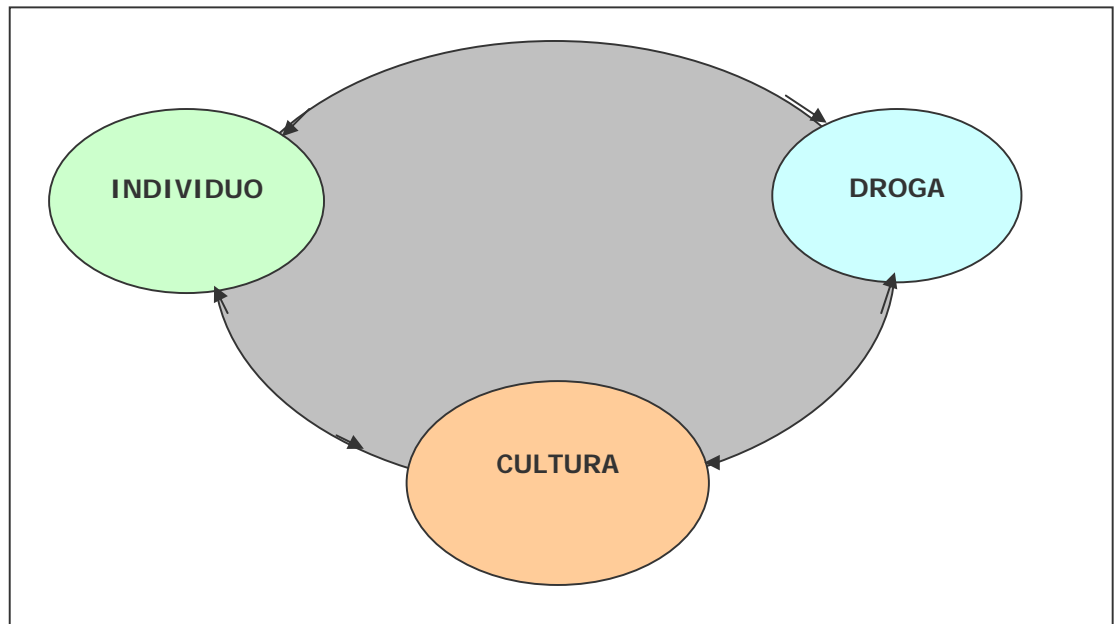
En lo referido al tratamiento, este enfoque representa una estrategia de alta exigencia, es decir, consumo cero al inicio del tratamiento y la labor terapéutica se encamina a la mantención de dicha abstinencia, donde la recaída no es vista como parte del cuadro, sino que como una debilidad del paciente, quien por este motivo es sancionado por el sistema sanitario.

3.2.1.6 Perspectiva Integral: Enfoque Bio Psico Socio Cultural

Modelo integrador, se parte desde una **perspectiva de análisis multivariada** que significa que en la delimitación del fenómeno intervienen diversos factores: culturales, sociales, psicológicos, biológicos, jurídicos, entre otros y de **un abordaje multisectorial**, porque supone la acción coordinada, en red social, de diversos actores sociales: familias, agentes comunitarios y organizaciones sociales, instituciones educativas, técnicos de la salud, policías, profesionales de las ciencias sociales, entre otros.

Desde esta perspectiva, la droga (sustancia inerte), adquiere un significado particular en el marco de situaciones individuales y contextos socioculturales específicos. No es la sustancia en sí misma, sino el tipo de

uso que se le da, en el contexto particular, lo que constituye la problemática. Adquieren relevancia entonces otras dimensiones que tienen que ver con elementos de índole individual, familiar y sociocultural, como lo grafica la siguiente ilustración.



Si bien, desde nuestra perspectiva, el análisis integral multidimensional del fenómeno drogas resulta atractivo, en la medida que presenta un contexto mas amplio y puede sentar bases de análisis mas adecuadas a las problemáticas psicosociales, al integrarlas en un contínuum biopsicosociocultural, no resuelve por sí solo el resultado práctico, el que desde este enfoque se realiza a través del abordaje multisectorial.

Ocurre que dicho abordaje resulta convincente en términos de gestión, pero se hace complejo mantener la continuidad de las estrategias de red

social. Aquí encontramos una dificultad que va implícita en el trabajo en redes sociales, dificultad que deriva de un sistema sociocultural que tiende al individualismo y a la desintegración de las soluciones mancomunadas de las problemáticas comunes.

Pero por otro lado, desde este enfoque no basta para refutar los modelos anteriormente descritos. Incluso nos atreveríamos a afirmar que es un modelo que funciona complementario con los otros.

En suma, podríamos señalar que la distinción que haríamos desde esta tesis radica en que este modelo integral se debiera aplicar considerando los diagnósticos participativos locales, la posibilidad de ofrecer programas de tratamiento próximos y de bajo umbral, desmitificando la concepción del problema y activando los mecanismos de respuesta sociosanitarias que correspondan, sin perder de vista la opinión y participación de los destinatarios de estos esfuerzos.

3.1 Reseña histórica del Uso de las drogas

La percepción que ha existido en el mundo acerca del consumo de drogas no es única. Existe una antigua historia en torno a la relación que la humanidad a tenido con el consumo de sustancias psicoactivas, en donde es necesario mirar desde varias perspectivas el fenómeno social de las drogas y sus contextos de consumo, así como las causas y motivaciones de éste.

Existe una vasta evidencia respecto al uso de sustancias alucinógenas con fines médicos o terapéuticos desde la antigüedad, cuando estas eran utilizadas en ceremonias sagradas para comunicar al hombre con la divinidad, las drogas fueron utilizadas como instrumentos que podían en ciertas circunstancias atraer a las fuerzas positivas de los espíritus y alejar las malas influencias. El uso ceremonial de las drogas era extremadamente riguroso y muy regulado socialmente, solo algunas personas tenían acceso a ellas, los chamanes, los brujos, los sacerdotes, los guerreros, o incluso la comunidad toda podían hacerlo en determinadas ocasiones culturalmente establecidas, (como ocurre actualmente en Chile con el consumo de alcohol, en fiestas patrias).

Es así como las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por la mayoría de las culturas desde tiempos prehistóricos. "Sabemos de la utilización de opio en China y Egipto desde los primeros escritos de estas civilizaciones" (Westermeyer, (1991:21). Tampoco podemos dejar de mencionar las difundidas muestras de uso de drogas en las culturas precolombinas.

En este sentido encontramos frecuentemente mencionadas numerosas plantas con cualidades psicotrópicas como ingredientes de pócimas o ungüentos para tratar múltiples enfermedades.

Sigmund Freud, (1856), el llamado padre del psicoanálisis a finales del siglo XIX desarrolló importantes investigaciones. En ese periodo surgió el interés por los usos farmacológicos de la cocaína como indicación para pacientes, tema que Freud investigó por varios años. "La defensa que hizo Freud de la cocaína llevo a la adicción mortal a Ernst Fleischl, también empañó su reputación en los círculos médicos de la época". (Florenzano, 1999:52).

A partir del inicio de los movimientos sociales de finales de los años 60, junto a la aparición de drogas de diseño, (como el éxtasis, barbitúricos y derivados de la cocaína, entre otros), el Hipismo enfrentó la estructura social imperante, simbolizada en el rechazo a la guerra de Vietnam, junto a sus formas de vida desapegadas del sistema dominante, se hizo popular entre un sector de la juventud. Dentro de este movimiento el uso de la marihuana y de las drogas psicodélicas, tenía un sentido de protesta, a la vez que un cierto sentido neomístico.

En la actualidad aún se pueden encontrar posturas diferentes al discurso oficial acerca del consumo de drogas, posturas que se opacan y pasan a segundo plano, ya que el discurso mas difundido presenta a las drogas como asociadas a temas de seguridad ciudadana o a problemas de salud mental, realizándose enormes esfuerzos públicos y privados por sancionar su uso y venta.

3.3 TIPOS DE CONSUMO

Es importante consignar que quienes hacen uso de drogas, sean éstas legales o ilegales pueden hacerlo de diferente forma, estando relacionado con factores personales, ambientales y propios de las sustancia que sea consumida. En este sentido podemos distinguir los siguientes tipos de consumo: (Arcila, M., Núñez, M., Rammsy V., Saniter. N. 2003).

Consumo experimental: Es aquel en que la persona usa una drogas para conocer sus efectos, para vivenciar una experiencia de consumo, sin por ello repetirla o continuarla.

Consumo ocasional: Depende de circunstancias, que pueden estar relacionados con factores sociales, grupales o motivacionales. La experiencia de consumo es repetida cuando las variables antes mencionadas están presentes.

Consumo habitual: El consumo es vivenciado como una costumbre, existiendo una regularidad y por lo general se manifiesta a través de una dependencia psíquica.

Consumo problemático o adictivo: Es aquel que se caracteriza por la persona depende física y/o psíquicamente de la sustancia, por tanto no puede evitar consumir. Generalmente si no es consumida puede presentar síntomas provocados por la abstinencia, los que se manifiestan con trastornos físicos que varían según el tipo de droga y fuertes deseos de consumo, así como otras problemáticas psicosociales relacionadas con su

red de vínculos (pareja, familia, trabajo, etc.).

Problemáticos también son aquellos consumos donde la persona bajo efectos experimenta un cambio en la adecuación de su conducta social, incluso en condiciones de no adicción, personas que se "transforman" y cometen acciones bizarras aunque consuman en forma experimental, ocasional o habitual.

Cabe destacar que no es una generalidad en quienes usan drogas, tener una escalada, vale decir comenzar por un uso experimental y llegar a un consumo dependiente.

3.4 Consumo problemático de drogas

¿Cuándo el consumo de droga es un problema para la sociedad? Las explicaciones sociológicas al respecto señalan al tipo de sociedad y cultura en que vivimos como un sistema que establece las condiciones para que el Consumo de Drogas sea problemático. Restrepo⁹, psiquiatra colombiano, resumiendo su análisis, plantea lo siguiente:

⁹ Juan Carlos Restrepo. "Droga y Reconstrucción Cultural. Guía para la prevención de la farmacodependencia". Alcaldía Mayor de Santa Fé de Bogotá, Unidad Coordinadora de Prevención Integral. Sin Fecha. Pgs. 21-30.

- a) Dado que la cultura occidental esta basada en la razón instrumental que como valor se ha ido imponiendo en la sociedad occidental a costa de la razón de la libertad y del desarrollo personal y social, y dado que la técnica y la riqueza en tanto medios, son al mismo tiempo fines, se establece un orden que regula a los sujetos por leyes que predican la conducta humana, lo que excluye y prohíbe la posibilidad de ritos en los cuales los sujetos, como en las culturas ancestrales, experimenten con estados de conciencia basados en sensaciones subjetivas.
- b) Entonces como no existe rito social que permita tal posibilidad, cada persona al sentir el peso de la prohibición y la contradicción con la utopía de libertad y expansión de los sujetos y sus derechos, recurre en forma privada y compulsiva (sin control) a las drogas como acción de contraparte a la cultura y sociedad instrumentalizada y consumista.

El consumo problemático es un consumo susceptible de provocar riesgos de daños físicos, afectivos, psicológicos o sociales, o riesgos para el que lo consume y para su círculo cercano o lejano.

Este consumo no solo está relacionado con la oportunidad, frecuencia o cantidad consumida de una sola vez, ni a la repetición de consumo moderado y controlado de algunas sustancias. Los daños pueden ser ocasionados por la peligrosidad específica del producto o los riesgos para la salud y las consecuencias sociales del consumo.

- Los Riesgos para la Salud: El consumo será problemático cuando produce deterioro en el estado físico, tales como intoxicaciones, complicaciones a ciertas enfermedades, incluso muertes prematuras.
- Los Riesgos para la Vida Cotidiana: El consumo será problemático cuando las situaciones o el consumo y sus efectos puedan ocasionar daños para si mismo o a los demás.

En general se puede hablar de uso problemático cuando se constata entre otras las siguientes señales externas:

- El uso de una sustancia en situaciones que generan peligro; pérdida de atención al conducir motos, maquinas o automóviles.
- Infracciones repetidas que van relacionadas al uso de sustancias, violencia cometida bajo el efecto de un producto, accidentes varios bajo su influencia.
- Aumento de problemas personales o sociales causados o acrecentados por efectos de la sustancia en las conductas (malas relaciones familiares y problemas financieros).

3.5 El Etiquetamiento

La conducta de consumir drogas ilegales no es aceptada socialmente, al contrario es altamente sancionada a través de descalificaciones diversas, a las personas que consumen se las cataloga de diversas maneras, como “drogadictos”, “Volados”, o “delincuentes”, además de lo anterior se les asocia a una imagen delictual mitificada a través del aporte de los medios de comunicación.

No es raro en la experiencia Clínica escuchar a jóvenes de alrededor de quince años, que han consumido Marihuana en ocasiones contadas y en un contexto social de amistades, llegar con el discurso de que son drogadictos y que desean rehabilitarse. Esta clase de discursos y etiquetamientos precoces tienden mas bien a producir un daño psicosocial en estos jóvenes. *“El peso social de estar en tratamiento en un programa de rehabilitación de adicciones es muy significativo.”el es drogadicto*” (Arcila, M., Del Solar, G. Osorio, D., Villarino,A. 1999: 33), y no un sujeto o persona con problemas de consumo.

”La imagen promovida por los medios de comunicación adultos en el que últimamente se representa a los jóvenes como problema, vinculado con delincuencia, drogadicción, vagancia e irreverencia. Discurso que a esta imagen deplorable oponen otra de una juventud “ideal” (sobre todo para el mundo publicitario) consumista, acrítica, deportiva y religiosa que “no da problemas”. Dos caras desencontradas, asociadas una a la amenaza y la

otra a la seguridad. Esta preocupación manifestada a veces como alarma pública nos representa a las drogas como una amenaza al bien común, en los ámbitos de salud (por las secuelas del uso indebido) y seguridad ciudadana (por los efectos de insegurización que provoca el tráfico, como actividad ilegal, y las conductas públicas de los consumidores “bajo efectos”, relacionadas con “escándalo”). (Saniter. N ,2001).

Sin embargo cabe agregar, a partir de los antecedentes teóricos revisados, que los jóvenes pertenecientes al grupo objetivo se encuentran desarrollando pautas de consumo problemático, que además involucra ciertos factores confluyentes, como el compromiso con la justicia y su respectiva derivación al PIA de Estación Central, para ser ingresados a un programa de rehabilitación. No corresponderían a la realidad general de los usuarios de drogas a nivel nacional, y bien justifican constituirse en grupo de intervención, por los riesgos y niveles de riesgos psicosociales que reúnen.

El cuadro anterior amerita revisar las nociones teóricas de juventud, sus clasificaciones, entre otras orientaciones que nos permitan circunscribir a los jóvenes, o tipos de jóvenes a los que nos referimos en la presente Tesis.

4. JUVENTUD

Al intentar establecer una definición del concepto juventud en forma inmediata surgen algunas dificultades, debido a la diversidad de aspectos o dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, económicas, culturales e históricas- que inciden en su definición. Para un mejor entendimiento y comprensión de la adolescencia y juventud esto es necesario recorrer por las variadas miradas de este concepto.

4.1 Concepción clásica contemporánea de la juventud

Tradicionalmente la adolescencia se concibe como un concepto estudiado desde el ámbito biológico, psicológico evolutivo, y de moratoria social.

Una de las definiciones más conocidas y aceptadas por los que se dedican al área de la adolescencia ha sido elaborada por la OMS (1975). Esta define la adolescencia como la etapa en que desde el punto de vista biológico el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual”, pudiendo decirse que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa.

Desde el punto de vista **psicológico** se producen cambios a nivel de los procesos psicológicos (ideoafectivos) del individuo y la construcción de la identidad.

En tanto a nivel **social** se realiza una transición del estado de dependencia socio-económica total a una relativa independencia.

Las posturas mas difundidas en el mundo contemporáneo conciben lo específicamente juvenil como una etapa caracterizada por los desajustes, crisis o conflictos que se deberán resolver al llegar a la adultez. En esta visión la juventud aparece como un tiempo de desarrollo humano con características casi universales, ajena a circunstancias sociales, políticas y económicas del entorno.

“La definición de juventud esta generalmente asociada a la noción de tránsito, proveniente del saber biológico (organicista evolutivo), la juventud se define como un ciclo de la vida humana en que se transita de la niñez a la adultez. Socioculturalmente se nos aparece como un momento de la vida de un grupo del población, bajo el estado de moratoria. En mora se refiere a un retraso socialmente aceptado y planificado”. (Cottet, P. 1994:299)

4.2 Juventud como criterio etáreo

La noción más general y usual del término juventud, se refiere a una franja de edad, un período de vida, en que se completa el desarrollo físico del individuo y ocurren una serie de transformaciones psicológicas y sociales, cuando éste abandona la infancia para procesar su entrada en el mundo adulto.

En esta perspectiva de Clasificación define como jóvenes a todas aquellas personas que tienen entre 15 y 24 años. Esta definición fue acuñada por la ONU en 1983 y aceptada universalmente. El término de la Juventud coincide en la inserción del mundo adulto ya sea a través de quienes adquieren un trabajo estable o constituyen una familia (lo cual no es cierto porque hay Jóvenes que tienen familia y que tienen trabajo pero no por eso dejan de ser jóvenes).

Esta clasificación permite hacer comparaciones a nivel de la edad, sin embargo omite las condiciones del contexto, espacio temporal en el que se desarrollan los y las Jóvenes, es decir aquí el joven es solo un "número". Esta categoría generalizadora se topa con sectores sociales de nuestro país en donde el niño es incorporado en las actividades laborales de sobrevivencia como lo es empaquetador en supermercados, y por lo tanto asume un trabajo y un rol adulto dentro de la sociedad, independientemente su rango etáreo.

4.3 Juventud como construcción social y cultural.

La juventud es una construcción social reciente, es una invención social, producto de la evolución que ha sufrido la sociedad capitalista. *”Solo a partir de mediados del siglo XIX, y debido al auge de la sociedad capitalista es que comienza a existir un nuevo tipo de sujetos, los jóvenes”.* (Silva, J. 2002:119).

Estos sujetos gracias a la fortuna acumulada por sus padres, podían disponer de tiempo, para desarrollarse en ámbitos educacionales y/o formativos, sin tener que hacerse cargo inmediatamente de la supervivencia personal.

Esta condición de juventud según Silva (2002) se desarrolla y masifica inicialmente en Estados Unidos y posteriormente en la Europa de la posguerra, instalándose en America Latina a fines de los 60, en donde la juventud respondía al perfil de estudiante universitario. *“Es gracias a la masificación de la educación básica y posterior ampliación del acceso a la secundaria, al crecimiento de las urbes, con su poderosa atracción sobre la vida tradicional campesina, junto a la masificación de los medios de comunicación, especialmente la radio y muy posteriormente la televisión, que*

se puede comenzar a hablar, de los y las jóvenes como categoría social amplia". (Silva, 2002:119)

Desde estos antecedentes y a la hora de pensar en el concepto de juventud como una construcción social, es posible instalarnos desde una perspectiva socio cultural histórica en transformación constante, que va creando y redefiniendo conceptos asociados a hechos sociales considerados significativos. A modo de ejemplo podríamos hacer referencia a las sociedades primitivas, que en comparación con las sociedad en que vivimos, significaban la transformación de niño a hombre, como un acontecimiento digno de celebrar a través de ritos de pasajes y pruebas iniciáticas que le otorgaban la investidura de hombre o mujer a todos sus miembros por igual y con un repertorio ritual definido. Actualmente los ritos están presentes en la sociedad sin ser advertidos como importantes y significativos en la adolescencia.

“La juventud no es un «don» que se pierde con el tiempo, sino una condición social con cualidades específicas que se manifiestan de diferentes maneras según las característica históricas sociales de cada individuo” (Brito, 1996: 87).

Se puede decir que la juventud es un concepto cambiante que se reconstruye permanentemente; se reproduce en lo cotidiano, y sus ámbitos

de referencia son íntimos, cercanos y familiares, barrios, escuela, trabajo y otros: también se pueden reproducir en lo imaginario donde las comunidades y los grupos de referencia marcan formas valorativas de lo juvenil; se construye en relaciones de poder definidas por las relaciones de alteridad, dominación o desigualdad, unas veces superpuestas entre si, otras veces definidas por el conflicto.

4.4 Clasificaciones de Juventud

Alpízar y Bernal (2003), describen una serie de distinciones de quienes explicitan este recorrido como el esfuerzo de la construcción de la juventud desde la academia, graficada en siete aproximaciones teóricas, las que en orden de presentación corresponden a una cierta secuencialidad evolutiva del concepto.

En esta oportunidad haremos una presentación general de esta secuencialidad: *“La juventud entendida como etapa del desarrollo psicobiológico humano, la juventud como momento clave para la integración social, la juventud como dato sociodemográfico, la juventud como agente de cambio, la juventud como problema de desarrollo, juventud y generaciones (no las generaciones de Mannheim y Ortega y Gasset de principios del siglo pasado, sino las llamadas generaciones contemporáneas: generación X,*

escéptica, red, entre otras), y juventud como construcción sociocultural”

.Alpizar y Bernal.2003:

Lozano (2003) describe la existencia de tendencias que marcan la representación de lo juvenil adolescente, frecuentemente desde el mundo de los adultos y casi siempre desde la perspectiva institucional. En esta oportunidad se describirán a modo general.

“Una tendencia concibe a la juventud como una etapa desprovista de valor real por su carácter transitorio (...) la juventud adquiere su sentido en el futuro. Otra tendencia es ver a este sector como a una carga y a veces como a una afrenta a la cultura, no como una riqueza, se los percibe solo como absorbiendo recursos y no para aportar. Otra tendencia es la de idealizar a los jóvenes poniéndolos en el plano de lo peligroso para ser dominados, o bien el plano de lo puro y frágil. Una cuarta tendencia que esta presente en todas las anteriores que es la de homogeneizar a la juventud, como si en todas partes las personas de una determinada edad fueran iguales, tuvieran las mismas necesidades o se debiera esperar de ellas lo mismo. Lozano, M (2003)

Siguiendo con Lozano (2003), se plantean retos para superar las cuatro tendencias de clasificación descritas, indica que hay que establecer cuales son los limites de la juventud y además propone definir las formas y

categorías que permitan el ordenamiento de la heterogeneidad que encontramos en esta etapa. Indica que solo de esta forma se podrían definir las necesidades y objetivos a la hora de realizarse una intervención. La autora formula que para entender y describir la heterogeneidad que aparecen en cada edad, se requiere ordenar los fenómenos en cuatro variables que marcan y separan profundamente la realidad de la juventud: el género (formas de ser y mandatos sociales asignados en cada sociedad), la escolaridad, la clase o nivel socioeconómico (recursos y la cultura parental que configura las expectativas de mundo) y la región de pertenencia (urbana o rural).

Desde esta perspectiva no se puede aunar en una misma concepción de adolescente a un Joven del extremo sur de Chile y a un joven de Medio Oriente, o un Joven de el Chile de los 80s y a un joven de la época actual, o una joven de sectores marginales y a un joven de las clases de altos ingresos económicos. En diferentes contextos las significaciones varían, por lo mismo no se puede establecer generalidades globales validas en todos los lugares y tiempos históricos.

4.5 Construcción juvenil de la cultura

Para entender el concepto de juventud desde esta perspectiva es necesario en primera instancia, articular lo juvenil a sus escenarios cotidianos, la juventud vista en su contexto residencial social particular.

Según Martínez (1997) lo juvenil nos remite al proceso psicosocial de construcción de identidad y lo cotidiano al contexto de relaciones y prácticas sociales en las cuales dicho proceso se realiza, con anclaje en factores ecológicos culturales y socioeconómicos. Esta mirada de lo juvenil va más allá de la definición contemporánea clásica de juventud, integrando este concepto con una conexión directa con el estilo de vida cotidiana de los jóvenes, resaltando la importancia de las condiciones socioculturales y económicas.

Este planteamiento acerca de la juventud permite distinguir la variedad de tipos de juventud que coexisten en nuestro país a partir de sus propias y diferentes realidades cotidianas, permitiendo reconocer lo heterogéneo del paisaje juvenil en nuestra sociedad.

Desde el punto de vista de la antropología contemporánea, Feixa (1999), avanza en la definición de una antropología de la juventud, presentado para tal efecto su objeto y cuáles debieran ser sus orientaciones principales. *“Desde mi punto de vista, el objeto de una antropología de la juventud apunta a una doble dirección: en primer lugar al estudio de la construcción cultural de la juventud (es decir, de las formas mediante las cuales cada sociedad modela las maneras de ser joven); en segundo lugar, al estudio de la construcción juvenil de la cultura (es decir, de las formas*

mediante las cuales los jóvenes participan en los procesos de creación y circulación culturales). El primer camino, mucho más trillado, se centra en el impacto de las instituciones adultas sobre el mundo juvenil, y puede conducir al estudio transcultural de la juventud y a la crítica de las visiones etnocéntricas y ahistóricas que predominan en buena parte de la literatura académica sobre la misma. El segundo camino, mucho menos explorado, se centra en la influencia del mundo juvenil sobre la sociedad en su conjunto, y conduce al estudio de las microculturas juveniles, entendidas como manifestación de la capacidad creativa y no solamente imitativa de los jóvenes”, Feixa. 1999:11 ¹⁰

La juventud desde esta mirada significa tomar contacto con los saberes propios de la comunidad juvenil, esto es tomar en cuenta los signos particulares de los diferentes grupos juveniles.

“Un punto de partida útil para superar la dificultad de delimitar lo juvenil ha sido el colocarse en la perspectiva de entender el sentido que los propios jóvenes dan a su realidad y a sus expresiones” Lozano (2003)

La idea planteada por Lozano se refiere al supuesto de que son los mismos jóvenes los que se reconocen entre sí, por su identificación en torno a sus creencias y sentimientos vividos en sus escenarios cotidianos, una

¹⁰ Feixa, Antropología de la Juventud, 1999:11.

forma de expresión que grafica claramente esta idea son las practicas de *Freestyle*, en donde a través de la rima cantada espontáneamente se hace patente su modo de percibir y de sentir la vida diaria, en la esquina, en la plaza, en la cancha, los jóvenes expresan y esto es lo que inscriben en sus comunidades, marcando el territorio de lo que es propio de ellos, siendo ellos los que pueden dar razón de estas inscripciones territoriales asociadas a sus sentires e identidad intersubjetiva.

“Crecer no significa pasar de una etapa en que no se es a otra en que si. Ser adolescente hoy es estar en el limbo de la infancia y otra etapa que da algo de niño pero ya no tanto; se esta en un terreno donde nadie sabe si se es o no: si ya si, o todavía no” (Canales ,2000). Según Guiardo (2002), el adolescente joven es un yo en construcción, sujeto que busca autonomía y que en su búsqueda, recurre a actos simbólicos que sirven de soportes que van configurando su identidad.

En este proceso el adolescente se construye como sujeto, por la falta de ritos de iniciación hacia la adultez, ausentes en la cultura oficial, el adolescente crea sus propios ritos de pasaje, para dejar de ser niño, pues pasar a ser grande hay que construirse.

“En este sentido usar drogas y mostrar que se usan, habla del que decide qué hacer con su cuerpo (...) fumar o tomar se vuelven signos que

apoyan el tránsito; signos con señales potentes, quizás de los pocos que la tienen". Guiardo. F(2002).

El grupo de la calle, siempre en la misma esquina o en la plaza, a la(s) misma(s) hora(s), los mismos integrantes, juntan monedas para comenzar de nuevo. Estas prácticas se organizan a modo de ritual, donde se cimientan identidades, zonas donde está permitido mostrar en común acuerdo, formas de autonomía.

"Así la adolescencia busca fuera, en el grupo, lo que no puede configurar interiormente, y una vez instalado psicológicamente en la grupalidad se sentirá seguro. Esta identidad tribal se organizará en torno a unas coordenadas de espacio y de tiempo dentro de las cuales los miembros del grupo manifiestan y desarrollan una cultura propia y diferencial: lenguaje, símbolos, rituales y ceremonias" (Aguirre y Rodríguez ,1996).

4.6 Vulnerabilidad y marginalidad juvenil

Para los fines del presente trabajo tomamos el concepto de *vulnerabilidad* en el sentido más amplio porque los grupos poblacionales en donde se desarrollará la investigación bien pueden definirse de marginales. Es decir, en cuanto al factor pobreza, enfatizamos la importancia de los efectos que traen aparejadas las condiciones históricas, económicas actuales

y de contexto, que producen el aumento de la fragilización de los soportes sociales relacionales en estos grupos.

En términos de Saniter (2001), denominaremos como marginales a aquellos grupos que no participan activamente del sistema de servicios y derechos (salud, educación o trabajo), exclusión que el autor atribuye a dos factores: por la *falta de oportunidades* o *por opción* (ideológica, cultural, etc), en aquellos actores sociales caracterizados por un alto desencanto con el sistema sociocultural y por una opción social alter-nativa. (Ver Segunda Encuesta Nacional de Juventud, 1997).

En el primer caso, se trata de personas que efectivamente pudieran querer participar del sistema de oportunidades, pero se encuentran con diversas trabas administrativas, de gestión y/o culturales que no les permiten realizar esta aspiración. En el segundo caso, los marginales por opción, asumen posturas ideológicas alternativas y deciden no participar según los canales oficiales (tribus urbanas, tomas de terreno, zonas liberadas, okupas, entre otros).

En ambos casos estos grupos, como formas de organización social están al margen de la norma o de la oficialidad, no están plenamente integrados al sistema (por oportunidad por opción), situándose en la periferia o en el límite. Por esta razón dan origen a formas distintas o no tradicionales,

de estrechar lazos sociales, que les permitan desarrollar sus estrategias de sobrevivencia.

Esta otra organizatividad social poseería, en términos de Saniter (2001), un carácter distinto al que acostumbramos encontrar en lo que se denomina Tercer Sector de la Sociedad Civil, en la medida que no poseen los recursos ni siquiera para dialogar de igual a igual con la autoridad que coordina la asistencia. Constituyen por lo tanto el Cuarto Sector o marginalidad.

4.7 Juventud de alta vulnerabilidad social

La población denominada jóvenes de alta vulnerabilidad social, esta constituida por una población que desarrolla su vida y cumple sus etapas evolutivas en condiciones muy desfavorables por acumulación de factores de riesgo: graves carencias afectivas y de aprendizaje, falta de oportunidades o modelos transgresores. (Conace. 2005)¹¹.

De acuerdo al área de Marginalidad del Conace (2005), en este tipo de grupos llamados de *riesgo* de consumir drogas y que el consumo se cronifique, así como la presencia de conductas violentas y delictuales, es

¹¹ Prevención de drogas en niños y adolescentes en alta vulnerabilidad social, Programa de Marginalidad, Gobierno de Chile, 2004 pag.2.

muy alto y constituye un factor que profundiza la marginalidad, manteniendo de esta forma el círculo de la pobreza y la exclusión social.

El perfil de vulnerabilidad está dado por la presencia de las siguientes condiciones: (op,cit)

- Vivir en entornos de pobreza y alto riesgo (violencia, consumo y tráfico de drogas , etc.)
- Experiencias de fracaso escolar (Deserción, mal rendimiento escolar, repitencia, problemas de conducta).
- Experiencias familiares negativas (lazos familiares rotos, violencia, abandono maltrato, etcétera).
- Importancia de la vida en la calle, la que sustituye a la familia y a la escuela como espacio de socialización.

4.8 Adolescentes "de y en" la calle

Como planteamos anteriormente, los jóvenes **de la calle**, son aquellos que abandonaron sus hogares, el colegio, el liceo, que tampoco trabajan y que viven en la calle agrupados en las llamadas "caletas".

En la calle, son aquellos que tienen hogar, pero que han desertado del sistema escolar y pasan la mayor parte del tiempo en la calle.

Según estudios realizados por el Conace (2003), este es un grupo de jóvenes es definido de alta heterogeneidad, mantiene vínculos y continúan

viviendo con la familia, la que presenta problemáticas de diferente carácter y gravedad; abandono, maltrato, abuso, consumo, y/o tráfico de drogas, etc. Pueden conformar grupos de esquina o pandillas. Otros vagan o realizan trabajos informales. Muchos de ellos se encuentran desescolarizados o de alto riesgo de desertar del sistema escolar. Un alto porcentaje consume alcohol y drogas que, en algunos, llega a adquirir carácter problemático. Un porcentaje de ellos presenta conductas violentas y transgresoras a la ley, de diferente gravedad.

Las familias que componen ese sector han venido sufriendo las restricciones de protección a los que fueron acostumbrados por los distintos gobiernos a través de las políticas asistencialistas y de los programas de ayuda, que produjeron la reducción y condicionaron sus estrategias de vida. Todos ellos se caracterizan por formar parte de grupos "vulnerables".

4.9 Jóvenes infractores de ley

Por tal categoría nos referimos a jóvenes que desarrollan algún compromiso con la justicia en términos de ser imputados de faltas, infracciones y/o delitos tipificados.

Sería interesante tal vez plantear que existiría un Quinto Sector de la sociedad, vinculado a la asociación ilícita o delincuencia, mafia, u otra

denominación referida a grupos organizados que no comparten una propuesta de acción dirigida al bien común, como postulan formalmente los primer, segundo y tercer sectores, (a saber, el estado, el mercado y las organizaciones no lucrativas), sino que su marginalidad es valórica y legal.

En las sociedades estos jóvenes son vistos como peligrosos y cabría destacar que estos grupos, por sus prácticas abiertamente antisociales, ya no pertenecen al cuarto sector, sino que se enmarcarían dentro del concepto de subcultura delictual. Asociatividad ilícita que en este caso es de menor monta.

5. Programas de rehabilitación

Descripción del Programa Ambulatorio Comunitario

Esta modalidad de atención surge a partir de uno de los objetivos de la Estrategia Nacional de Drogas (2003-2008), que apunta a disminuir el consumo de drogas en la población infantoadolescente en vulnerabilidad social (de media y alta complejidad) entendida como aquella población que se encuentra débilmente vinculada o desvinculada de los sistemas formales de educación o trabajo, y cuyos lazos familiares son débiles o inexistentes. El programa Ambulatorio-Comunitario se enfoca por lo tanto a la población que se encuentra focalizada en los programas de intervención psicosocial

comunitaria (Proyectos psicosociales CONACE; Proyectos psicosociales de SENAME, ONGs dirigida a Niños de la calle, etc.) o bien, que forman parte de los programas de reparación a víctimas de explotación sexual (SENAME). El programa contempla la conformación de un equipo clínico con experticia en drogas y adolescencia, que intervendrá de manera ambulatoria, y en terreno, desarrollando un apoyo clínico y farmacológico, en estrecha relación con la intervención que realiza el equipo del programa psicosocial.

Propósito: Implementar una modalidad ambulatoria-comunitaria de moderada o de alta complejidad e intensidad, para el abordaje terapéutico de los problemas de consumo de drogas y sus consecuencias asociadas, en población de niños, niñas y adolescentes en vulnerabilidad social.

Objetivo General del Programa: Ofrecer una cercana, oportuna y adecuada asistencia terapéutica ambulatoria de moderada o de alta complejidad e intensidad, según se requiera, a niños, niñas y adolescentes que presenten consumo problemático de drogas y sus consecuencias, que viven en condiciones de alta vulnerabilidad social.

Perfil de adolescentes a atender

Adolescentes (y significativos) en situación de vulnerabilidad social, ambos sexos, con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, con características de deserción o pre-deserción escolar, vulnerados en sus derechos y con indicadores de riesgo o daño biopsicosocial.

En esta población, el consumo de drogas será siempre considerado problemático cuando se trate del perfil de niños y niñas beneficiarios. En adolescentes, será consumo problemático cuando éste sea un consumo abusivo o adictivo (como disfunción en al menos un área de funcionamiento) y habitual (en el caso de solventes y pasta base), agravado además por las características de riesgo del contexto del sujeto.

Grupos de adolescentes específicos a atender definir mas a los infractores de ley

- Adolescentes de la calle.
- Adolescentes en conflicto con la justicia o con causas delictivas.
- Adolescentes con consumo de drogas concurrente con trastorno de salud mental
- Adolescentes homosexuales – lesbianas (minorías sexuales)

5.2 Programa de Intervención Ambulatoria (PIA)

Es un programa encargado de ejecutar una sanción penal de control en el medio libre y que tiene una orientación educativa tendiente a la responsabilización y la reinserción social.

Este programa está dirigido a adolescentes de ambos sexos de entre 14 y 18 años de edad, acusados de infringir la ley penal y a quienes se ha aplicado una medida de protección por parte de un tribunal de Menores. Este nuevo elemento de la Reforma Procesal Penal está dirigido a adolescentes de entre 16 y 18 años que son derivados por el Tribunal de Garantía en virtud de la suspensión condicional del procedimiento.

El Programa de Intervención Ambulatoria contempla la realización de un plan de trabajo con los(as) adolescentes que aborda las áreas de acceso a redes de salud, educación y capacitación; desarrollo personal, y promoción de derechos u otras actividades acordes con la realidad particular de cada adolescente. A su vez, se estimula su vinculación con la familia y el entorno comunitario.

El PIA considera el acompañamiento del adolescente por parte de delegados, quienes tienen a su cargo un máximo de 20 jóvenes.

Dentro del contexto del Proyecto de Ley de Responsabilidad Penal de Adolescentes, este programa corresponde a la Libertad Asistida.

VI MARCO METODOLÓGICO

El presente estudio se centra en el acercamiento al discurso de jóvenes de alta vulnerabilidad social, infractores de ley, derivados a tratamiento del consumo de drogas desde un programa de intervención ambulatoria PIA, a el Programa Ambulatorio Comunitario de Estación Central, y a las representaciones sociales de estos sujetos respecto de la rehabilitación.

Esta investigación será realizada desde una metodología cualitativa ya que se pretende comprender desde el propio discurso de los sujetos y en su contexto, la representación social que tienen de un objeto particular, permitiendo producir información en torno a los contenidos, creencias, valoraciones, actitudes, etc. que se manifiestan en el discurso de los jóvenes adolescentes derivados a tratamiento de rehabilitación del consumo de drogas.

La teoría de las representaciones sociales intenta ofrecer una comprensión más social de las creencias de las personas, desde esta perspectiva se entiende que las personas juegan un papel activo en la construcción de la realidad social en donde están insertas y lo hacen a través de la construcción de significados y es a partir de esta construcción, es que las representaciones sociales se modifican en el tiempo y van variando según el contexto.

Los métodos cualitativos tienen la particularidad abordar los fenómenos sociales desde la perspectiva del sujeto que está siendo estudiado.

En este sentido, el uso en esta investigación de una epistemología socioconstructivista, una metodología cualitativa y la realización de entrevistas en profundidad, como técnicas de recolección de datos responderían adecuadamente a estas demandas de compatibilidad.

6.1 Diseño de la investigación

El tipo de diseño que se ocupara en esta investigación es un diseño no experimental transeccional ya que por un lado, no existe manipulación de variables y por otro los datos se obtienen en un momento único. Además se ejecutara con un diseño flexible o emergente propio de el estilo de investigación cualitativa, permitiendo acceder a una mayor apertura en la toma de decisiones durante la investigación y a si mismo la posibilidad de realizar modificaciones durante el curso del estudio.

6.2 Tipo de estudio

El estudio tiene un carácter exploratorio ya que permitirá familiarizarse con un fenómeno poco estudiado, pretendiendo dar cuenta de cuáles son las representaciones sociales los jóvenes con consumo problemático ingresados al Programa Ambulatorio Comunitario de Estación Central, dependiente del CONACE con respecto a la rehabilitación del consumo de drogas.

6.2.1 Técnicas de recolección de la información

Para la recolección de información serán utilizadas técnicas de recolección de datos propias de la metodología cualitativa: entrevistas en profundidad y grupos de discusión.

“Por entrevistas cualitativas en profundidad entenderemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas” (Taylor y Bogdan, 1992, pág. 101). Dadas las características de los sujetos de este estudio, la entrevista surge como el medio más eficaz para acceder de manera más directa al discurso de estos jóvenes.

Este tipo de entrevista requiere una activa y reflexiva labor del investigador a fin de captar la esencia del discurso del entrevistado. La posibilidad de sobrepasar la clásica dicotomía pregunta- respuesta hacia la conversación permite una mayor amplitud de la información que, en conjunto con la habilidad del investigador, permitirá orientar la entrevista en función de los intereses de la investigación, provocando menor reticencia en el entrevistado.

La pauta de entrevista diseñada procuró abordar los siguientes aspectos:

- Identificación del o la joven entrevistado: edad; sexo; antecedentes educacionales; fecha de ingreso al programa, etapa en el proceso de rehabilitación.
- Experiencia e información acerca de la rehabilitación del consumo de drogas
- Explicaciones de la rehabilitación del consumo del consumo de drogas.
- Significado de la rehabilitación del consumo del consumo de drogas.
- Factores implicados en la Rehabilitación.
- Proyecto de vida
- Motivos para pedir ayuda en un centro.
- Expectativas del tratamiento;
- Valoración personal de la rehabilitación.

- Finalidad del tratamiento
- Expectativas del tratamiento.
- Como debería ser el tratamiento.
- Efectividad del tratamiento

Los grupos de discusión consisten en entrevistar a varias personas a la vez, de modo que el moderador propicie una discusión con el fin de estimular a los participantes a que den a conocer sus percepciones e ideas sobre los temas en cuestión. Este tipo de técnica posibilita el intercambio de ideas y discusiones sobre sentimientos, actitudes, creencias y experiencias, y el comportamiento de los participantes frente a los temas tratados. De acuerdo a lo planteado por Canales y Peinado (1993), el grupo de discusión no existe como tal ni antes ni después de la discusión, su existencia está posibilitada por el investigador que lo constituye como grupo, además, la dinámica de este grupo gira en torno a la realización de una tarea. Una característica fundamental de esta modalidad es que instaura un espacio de “opinión grupal”, en él los participantes tienen derecho a emitir sus opiniones y el grupo se constituye como la autoridad que verifica las opiniones pertinentes, adecuadas, verdaderas o válidas.

6.2.3 Procedimiento de Análisis

Para esta etapa de la investigación se determinó un procedimiento operativo que permitiera comprender de manera organizada el discurso de los sujetos estudiados.

A continuación se detallamos el procedimiento del análisis:

- Transcripción de las entrevistas
- Lectura de las entrevistas
- Identificación de unidades temáticas que surgieron.
- Revisión de las unidades temáticas
- Organización de categorías de acuerdo a las dimensiones de las representaciones sociales.
- Construcción de los núcleos figurativos

6.2.4 Muestra

Las técnicas de recolección de información propias de la metodología cualitativa requieren de un diseño flexible de investigación. Esto implica que ni el número ni el tipo de informantes exactos se especifican de antemano, es decir, se puede establecer de antemano las características de las personas a entrevistar y la forma de acceder a ellas, pudiendo modificar lo anteriormente establecido de acuerdo con el curso del estudio (Taylor y Bogdan, 1992). No obstante existe un número mínimo de informantes especificados.(y se

extenderá hasta saturar la información) Sin embargo se señalara que nuestra intención es trabajar con una muestra de diez jóvenes de alta vulnerabilidad social , entre 15 y 18 años, que se encuentran actualmente con al menos dos meses de adherencia al proceso de tratamiento del consumo en el programa de rehabilitación Ambulatorio comunitario de la comuna de Estación Central, que se realiza en un trabajo conjunto con el programa de Intervención ambulatoria dependiente del Sename.

6.2.5 Tipo de muestra

El tipo de muestra es no probabilístico , ósea los sujetos no serán seleccionados al azar , y por otro lado será una muestra de tipo intencionada ya que se utilizaran criterios de selección.

6.2.6 Criterios de selección

1. Numero : como un numero mínimo se plantea 6 sujetos entrevistados.
2. Edad : entre 15 y 18 años.
3. Lugar :Jóvenes ingresados al programa de tratamiento ambulatorio comunitario de Estación Central .
4. Con un compromiso Biopsicosocial moderado.
5. Con antecedentes de abuso del consumo de drogas.
6. Sexo : masculino y femenino.

7. Jóvenes infractores de ley con delitos leves.

Para afirmar la saturación y relevancia se realizara una entrevista en profundidad a un joven ingresado a tratamiento en el programa de tratamiento Ambulatorio Básico del Cosam de Estación Central, residente de la comuna de Estación Central.

Cabe señalar que las otras entrevistas (6) y los que participaron en el grupo de discusión (5). Serán realizadas con jóvenes que viven en su totalidad en la comuna de Pudahuel que se atienden en una intervención en conjunto con El Programa de Intervención Ambulatoria (PIA) dependiente del Sename y el Cosam de Estación Central Estación dependiente del Conace.

6.2.7 Caracterización de la muestra

La muestra estará compuesta por once jóvenes,(seis entrevistas en profundidad, cinco en grupo focal) Infractores de Ley, de alta vulnerabilidad social de ambos sexos, entre 15 y 18 años, que se encuentran actualmente con al menos dos meses de adherencia al proceso de Rehabilitación en un trabajo en conjunto realizado entre El Programa de Intervención Ambulatoria (PIA) de Estación Central, dependiente del Sename. Y el programa de rehabilitación Ambulatorio dependiente del Conace, comunitario de la comuna de Estación Central.

Se agregara a la muestra un joven en tratamiento del consumo de drogas, en el Cosam de Estación Central, para efectos de saturación y validación.

El tamaño de la muestra estuvo finalmente determinado por las posibilidades de acceso a jóvenes que cumplieran con los requisitos establecidos para ser considerados en esta investigación.

Los jóvenes participantes han sido diagnosticados desde el programa como abusadores o dependientes moderados a severos de sustancias, según criterios del CIE 10, y con un compromiso biopsicosocial moderado. Los jóvenes en su mayoría son jóvenes provenientes de poblaciones de comunas del sector poniente de Santiago (Estación Central, Pudahuel)

Con la intención de procurar manejar en alguna medida la variable género, se intentó entrevistar a la misma cantidad de jóvenes hombres y mujeres; sin embargo, esta variable quedó finalmente determinada por las posibilidades reales de acceso a estos sujetos. Debido a ello, finalmente tan sólo dos mujeres pudieron ser entrevistadas. Cabe señalar que esto se asocia a que en su gran mayoría los jóvenes ingresados a y tratamiento son de sexo masculino.

Cada joven ha sido invitado a participar voluntariamente de la investigación, y las entrevistas y el grupo focal han sido grabadas y posteriormente transcritas para su análisis.

CAPITULO II

2.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS¹²

2.3 INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

A continuación se procederá a integrar los contenidos extraídos del análisis de los datos, en la perspectiva de acotar y precisar en forma sucinta, las ideas centrales obtenidas a partir de éste.

Consecuentemente, los contenidos se presentarán en el mismo orden utilizado más arriba, es decir: Información, Campo Representacional y Actitudes.

Esta ordenación e integración tiene como fin el objetivar la información para efectos de establecer los conceptos que permitirán correlacionar los contenidos en el siguiente punto, destinado a establecer las Representaciones Sociales referidas a la Rehabilitación del Consumo de drogas según los jóvenes consultados.

¹² Ver el anexo el Cuadro resumen de análisis e interpretación de los datos, por motivos de diagramación de tablas no pudo incluirse en este lugar.

2.2.1 INFORMACIÓN

I.1.- Fuentes de información acerca de la rehabilitación

- Los jóvenes consultados refieren conocer del tema a través de sus grupos de pares, sea por testimonio directo (pares que pasaron por algún centro) o por testimonios indirectos (pares que refieren experiencias de terceros o su opinión).

- Por otro lado los jóvenes refieren conocer del tema a través de su propia experiencia.

I.2.- Posibilidades de rehabilitación según tipo de consumo (ver en CR 8)

- **Refieren la existencia de consumidores específicos de pasta base, con los cuales no es posible realizar ninguna rehabilitación. Situación que asocian a su baja autoestima y baja fuerza volitiva.**

- Por otro lado refieren la existencia de sujetos rehabilitables del consumo de pasta base, en los que cuentan con recursos volitivos sumado al apoyo de pares.
- Los factores referidos, como fuerza volitiva, apoyo de pares y alta autoestima son factores determinantes en la rehabilitación, lo cual hace innecesarios los centros de rehabilitación.

I.3.- Percepción del tipo de sustancia y nivel de deterioro asociado.

- El consumo de pasta base de cocaína (PBC), se asocia a la incursión en lo delictual, a la pérdida de los lazos familiares, marginalidad social, mayor dependencia y deterioro general.
- El consumo de marihuana es percibido como no adictivo, en donde existe un control sobre su consumo, es percibido como inocuo y más adaptativo que el uso de la mayoría de las drogas ilegales.
- No refieren otras drogas ilegales, ni legales.

I.4.- Experiencias en centros de rehabilitación

- De acuerdo a la experiencia que han tenido en centros de rehabilitación, los jóvenes han participado en las modalidades de atención Ambulatoria y Residencial.

2.2.2 - CAMPO REPRESENTACIONAL

CR. 1.- Significados atribuidos a la rehabilitación

- El concepto de rehabilitación se asocia a la idea del deber ser, vinculada a las ideas de normalidad y salud, donde una conducta sana y normal se asocia con el apego a las leyes y al no consumo.
- En consecuencia de lo anterior, el consumidor abusivo de drogas no es una persona sana, y por lo tanto no es normal, es enferma, ha perdido la conciencia de sus actos y por lo tanto padece “locura”.
- La rehabilitación, es concebida como una fuente de cambio de estado y de reconexión con el entorno. De esta manera se presenta, entre los sujetos, como un objetivo deseado, asociado al darse cuenta, y a la capacidad para sobreponerse.

CR. 2.- Significados atribuidos a las centros de rehabilitación

CR 2.1

- Señalan que los centros de rehabilitación son sitios de ayuda, de apoyo en la reinserción social, que ayudan a reducir el consumo de drogas, un lugar familiar, de acogida.
- La psicoterapia es percibida como un espacio, dentro de la institucionalidad, donde pueden expresar sus asuntos personales. Este acto de expresar en palabras lo que sienten o piensan representa un “desahogo” asociado a una necesidad, (catarsis) y en un contexto de confidencialidad y confianza.

CR 2.2

- La modalidad de tratamiento de tipo residencial es caracterizada como un lugar de encierro, en oposición al “mundo de la calle”, que es el que tienen que enfrentar ellos.
- Las modalidades de tratamiento residencial se asocian a la abstinencia, en tanto que el “mundo de la calle”, escenario de realidad cotidiana, se asocia a “la recaída”. Esta dicotomía les hace concluir que a esta forma de tratamiento de las adicciones no tiene efectividad.

➤ Además manifiestan no estar conectados ni convencidos con las formas de abordaje en adicciones, ya sea en el plano psicoterapéutico, farmacológico o de apoyo social, etc.

➤ Lo anterior se traduce en actitudes irónicas y de rechazo al momento de relatar sus experiencias, restando importancia al tratamiento en si, por esto obstaculizarían los intentos de realizar tratamiento.

CR. 3.- Significaciones del roles de los profesionales que trabajan en rehabilitación.

De los equipos de rehabilitación

➤ Los jóvenes dicen integrarse y conectarse con las formas de abordaje terapéutico, cuando perciben preocupación, intenciones de ayuda, cuando se sienten interpretados, comprendidos y apoyados emocionalmente por parte del equipo profesional hacia a ellos, mostrando mas aprobación y por lo tanto, adhesión hacia el tratamiento.

Del Psicólogo

- Labor de consejería, éste se sitúa en un lugar de saber y de responsabilidad en el cambio y desarrollo personal.

- El “saber” referido alude a la capacidad de diagnosticar, plantear objetivos (como la abstinencia) y los métodos para lograrlos.

- La psicoterapia es entendida como un espacio de confidencialidad y confianza para la expresión de asuntos personales que no tienen que ver necesariamente con el consumo de drogas (CR 2.1).

- Señalan que en su vida cotidiana, no disponen de espacios para la expresión de asuntos personales, lo que indica una forma de expresión íntima con la que no están familiarizados.

- Refieren tener resistencia hacia el empleo de metodologías psicoeducativas de tipo mecanicista que perciben que se usa.

Del Psiquiatra

- La significación de la labor del psiquiatra, esta asociada a la imagen de locura y encierro, este profesional estaría orientado a una población objetivo que presenta trastornos de salud mental de tipo severo.

De “Los tíos”

- Denominación con la que en general se refieren a los adultos. En este caso pueden ser psicólogos, psiquiatras u otros técnicos que intervienen en el trabajo de rehabilitación, de quienes perciben una labor de “convencimiento”, y de conversaciones estereotipadas, poco personalizadas.

CR. 4.- Rehabilitación y proyecto de vida

- La rehabilitación se asocia a la abstinencia de las drogas ilegales y a la posibilidad de reconstruir sus vidas, recuperar a sus familias y formular un proyecto de vida.
- La rehabilitación, es concebida como una fuente de cambio y de reconexión con el entorno. Se presenta, entre los sujetos, como un objetivo deseado, asociado al darse cuenta, y a la capacidad de sobreponerse.
(CR 1.3)
- Para la mayoría, la rehabilitación del consumo, es traducida en un acercamiento a la integración social, que se facilita a partir del reingreso a la educación formal, al trabajo y a la adquisición de bienes. En “ser alguien”.

CR. 5.- Consumo de drogas y marginalidad.

- El consumo de drogas, específicamente el de la pasta base, es asociado a la incursión en actos delictivos con el objetivo de financiar el consumo, llevaría al aislamiento y la despreocupación en lo personal y lo social, condición que a su vez, restringe su red social de apoyo, relegando su espacio vital al circuito de *una esquina*, asimismo refieren sentirse discriminados por parte de la vecindad.

CR. 6.- Causas para la rehabilitación del consumo

- La vivencia de situaciones consideradas límite, en donde se reconoce *tocar fondo*, lo cual les haría tomar conciencia de su situación.
- Procesos de decisión personal, dependientes de la voluntad propia y la capacidad de reflexionar y “darse cuenta” sobre su situación de vida. De gatillar procesos de autoevaluación, y decisión de cambio.
- Aporta también el apoyo de sus pares,
- La relación de pareja y la puesta de límites por parte de esta, surge como encargada de tutelar la abstinencia. Asumen la relación como una forma de

rehabilitación, en donde el compromiso con el otro pasa a ser un pilar fundamental en el proceso

- La integración con formas de abordaje terapéutico, cuando perciben preocupación y apoyo emocional por parte del equipo profesional hacia a ellos.

- La derivación obligada a programas de tratamiento y rehabilitación es percibida como sin sentido para ellos, consideran que la permanencia en dichos tratamientos depende exclusivamente de su decisión y conciencia. No se adheriría espontáneamente a tratamiento por una derivación obligada.

CR 7.- Estrategias ocupadas para comenzar una rehabilitación del consumo

- Alejarse del grupo de consumo.

- A través del encierro.

- Búsqueda de otras actividades o rutinas placenteras distintas al consumo.

- Acercamiento al vínculo familiar.

CR. 8.- Cuando no hay posibilidades de rehabilitación

➤ **Se hace la distinción entre las personas que tiene la posibilidad de rehabilitarse y otros que no. Los últimos son consumidores específicos de pasta base, discriminados en forma negativa por el resto, son los calificados como adictos, personas descritas sin voluntad propia, con baja autoestima y poca conciencia de sí mismos.**

➤ La categoría de adicto surge tomando en cuenta la cantidad de procesos de rehabilitación que han pasado ciertos jóvenes sin resultados favorables en el tiempo.

➤ Mayoritariamente no se reconocen como entes rehabilitables o “en proceso de”, refieren no ser adictos que requieran tratamiento especializado en drogas.

CR. 9.- La rehabilitación y el grupo primario

➤ La rehabilitación se percibe como favorable, en términos de reintegración a la familia.

- La familia pasa a ser un elemento motivacional y de apoyo importante durante el proceso de rehabilitación.

- Se señala que es fundamental durante el proceso de rehabilitación la generación de medidas de control y puesta de límites, por parte de la familia, considerando estas medidas como una forma de apoyo.

- Un número de jóvenes presentan serias dificultades para expresar sus asuntos en relación al consumo u otros temas asociados, esto ya sea para evitar conflictos al interior de la familia; o para evitar que esta se sienta afectada.

CR. 10.- Significados asociados a la rehabilitación por parte del grupo de pares.

- Los centros de rehabilitación son vistos como lugares para personas con trastornos severos de salud mental, asimismo existe la percepción de que la atención psicológica o psiquiátrica, son exclusivas del tratamiento de la locura. No se diferencia la especificidad de tareas de un Psicólogo, de la de un Psiquiatra (ver CR 3).

- Por otro lado según los jóvenes entrevistados, las opiniones que rondan en su grupo de pares acerca de la permanencia en tratamiento

de ellos, son de tipo descalificatorio, percibiendo la asistencia a tratamiento como un asunto improductivo y de pérdida de tiempo,

- Los procesos de rehabilitación, son descritos como poco efectivos, ya que observan las frecuentes recaídas de jóvenes conocidos.

CR. 11.- Ideas acerca como debiera ser la rehabilitación en las instituciones

- Refieren la necesidad de ser considerados sus intereses a la hora de idear o ser invitados a las actividades que se desarrollen durante su permanencia en los centros de rehabilitación.
- Proponen variadas actividades, entre ellas desarrollar talleres que promuevan la convivencia, facilitar la reinserción escolar, deporte, terapia familiar, terapia grupal, convivencias grupales, etc,
- Se señala la necesidad de que el profesional que los atienda sea alguien que perciban como cercano, con capacidad contenedora, que genere confianza, a partir de una escucha activa y comprometida. Esto permitirá desarrollar y/o canalizar la posibilidad de rehabilitación a partir de los factores personales que puedan estar motivando una salida del consumo problemático (ver CR 6).

CR. 12.- Indicadores de rehabilitación

- Señales de bienestar personal, que se traducen en un reestablecimiento de las relaciones interpersonales en general, en una mayor apertura y expresión con los que le rodean, así como en un acercamiento a la integración social a través del estudio y el trabajo.

- Integración con la familia. Esta integración pasa a ser un elemento motivacional importante durante el proceso de rehabilitación.

- Indican atribuir al concepto de rehabilitación significados asociados a la idea del deber ser, vinculada a las ideas de normalidad y salud, esto implica que un indicador de rehabilitación se encuentra en el desempeño de una conducta sana y normal asociada al apego a las leyes y al no consumo.

- La rehabilitación, es concebida como una fuente de cambio y de reconexión con el entorno. Se presenta, entre los sujetos, como un objetivo deseado, asociado al darse cuenta, y a la capacidad de sobreponerse.

2.2.3. ACTITUDES

A. 1.- Actitudes hacia los centros de rehabilitación

A 1.1

- Existe una postura crítica frente a los centros de Rehabilitación, presentando tendencia a aburrirse de las formas monótonas de tratamiento, refieren que en estos centros no se brinda un espacio en donde se sientan a gusto. Por esta razón tienden a desertar o a no participar en forma constante en los procesos.

- Otros manifiestan una actitud descalificadora, al no estar conectados ni convencidos con las formas de abordaje en adicciones, mostrándose irónicos al momento de relatar sus experiencias o por otro lado restando importancia al tratamiento en si, así obstaculizan los intentos de realizar tratamiento en adicciones.

- Actitud de absoluta indiferencia y manipulación hacia los centros de rehabilitación, y que la asistencia a estos está dada por el dinero que reciben para la movilización, dinero que utilizan para financiar parte de su consumo de drogas durante la semana.

- Algunos ingresados en lugares de tratamiento, crean una realidad ficticia respecto de su abstinencia del consumo, haciendo creer al personal de los centros una supuesta rehabilitación del consumo de drogas por parte de ellos.

A 1.1

- Si bien los entrevistados indican en su totalidad que la asistencia a tratamiento no fue una decisión personal y que pasa por las presiones del juzgado; indican, sin embargo, que decidieron permanecer pasado cierto tiempo en la medida que van percibiendo cierto beneficio en lo personal.
- **Se reconoce la utilidad de los centros de rehabilitación en tanto que cumplirían un rol de control sobre el consumo de drogas.**

A. 2.- Actitud hacia el consumo de drogas

- Existe una actitud negativa hacia el consumo de pasta base.
- Los consumidores de pasta base ven el consumo de marihuana como inocuo, mostrando una actitud positiva hacia el consumo de esta sustancia, y negando incluso la posibilidad de abstinencia con esta.

A. 3.- Actitud hacia la rehabilitación

A 3.1

- Una actitud positiva hacia la psicoterapia, la asumen como una posibilidad de conocerse a si mismos

- La rehabilitación brinda oportunidades para su vida, el tratamiento les ha aportado una ayuda favorable para el logro de objetivos y/o construir proyectos de vida, así como para el cambio personal, que implica la posibilidad de desarrollar mas apertura en la visión de las cosas.

- El tratamiento lo perciben como una oportunidad de reinserción social, a través de el trabajo y el estudio, razón por la cual manifiestan una actitud de adherencia al proceso .

A 3.1

- Otro grupo de entrevistados rechaza la idea de reconocerse como entes rehabilitables o “en proceso de”, refieren no pertenecer a ese grupo de personas adictas que requieren tratamiento especializado en drogas. Manifestando finalmente una actitud de rechazo a la rehabilitación para sí mismos, pero de apoyo para quienes sí son adictos.

- Se manifiesta también una actitud de indiferencia hacia el tratamiento, donde su presencia esta dada por el dinero que reciben para la movilización, dinero que utilizarán para financiar parte de su consumo de drogas durante la semana.

- Esta actitud hacia los centros de rehabilitación se vincula con su actitud frente a la institucionalidad.

A. 4.- Actitud hacia los profesionales que trabajan

- Los jóvenes dicen integrarse y conectarse con las formas de abordaje terapéutico, cuando perciben preocupación, apoyo emocional, acogida y buena disposición por parte del equipo profesional hacia a ellos.

- Los jóvenes, cuando logran advertir las intenciones de ayuda, se sienten interpretados y comprendidos, pudiendo situarse en un lugar menos resistente dentro del contexto de tratamiento, mostrando mas aprobación y por lo tanto, adhesión hacia este.

- Cobra gran relevancia para las jóvenes los aspectos más afectivos en el trato y en la formación de vínculos.

2.3 Construcción De Representaciones Sociales A Partir Del Análisis De La Información

Las Representaciones Sociales se van a extraer a partir del análisis comparado de los resultados obtenidos tanto en términos de información, campos representacionales (o imágenes significantes) y de actitudes, toda vez que dichos resultados se integran en discursos complementarios. Esta integración nos va a permitir determinar las ideas fuerza que se extraen del discurso de los jóvenes con relación a las diversas implicancias que estos han referido frente a la consulta respecto a su opinión en relación al tema de estudio.

2.3.1 Núcleos figurativos

2.3.1.1 Primer núcleo

La construcción del primer núcleo figurativo surge desde una dimensión del discurso de los jóvenes que enfatiza en que los programas de rehabilitación son para personas enfermas, adictas a las drogas. En esta Representación Social los centros de rehabilitación del consumo, aparecen como una Institución asociada a la enfermedad mental y al encierro.

Por otro lado se asocia a las instituciones características de salud, de renacimiento. Atribuyendo a la rehabilitación del consumo la cualidad de relacionarse con la integración social, los estudios y el trabajo.

De esta forma encontramos una representación polarizada de la rehabilitación. Asociada a la salud y ala enfermedad.

Es importante señalar que los jóvenes entrevistados no se reconocen a ellos mismos como enfermos ni adictos, refiriendo que sus procesos de abstinencia pasan por otros motivos ajenos a permanencia e los centros ambulatorios.

Por otro lado consideran que los centros prestan ayuda, sin embargo reconocen que esta ayuda para ellos es en otras esferas y no precisamente en el área del consumo, al parecer no desean ocupar el lugar de enfermos, ofrecido por las instituciones. Cabe señalar que al momento de la investigación todos indicaron estar consumiendo por lo menos marihuana, consumo que consideraban controlable.

2.3.1.2 Segundo Núcleo

El segundo núcleo surge desde una dimensión del discurso de los jóvenes que sostiene que la rehabilitación del consumo, no esta asociada directamente con el ingreso y la permanencia al centro de tratamiento y rehabilitación, sino que esta sujeta directamente a una decisión personal,

relacionada con la propia voluntad de realizar cambios, que generalmente surge en situaciones llamadas límite.

Por lo mismo, el contexto obligado de tratamiento, en que ellos se encuentran, les provoca rechazo y es significado como una situación forzosa, de esta forma no logran conectarse con los objetivos planteados para la rehabilitación del consumo de drogas.

Afirman que la única forma de lograr la abstinencia del consumo, que es percibida como un objetivo deseado, es a través de la toma de conciencia de lo que les está pasando, negando la posibilidad de que algún profesional de salud mental o algún tratamiento influyan en su decisiones. La asistencia a tratamiento en este sentido, es respuesta frente a las presiones institucionales: de la familia, del juzgado, del centro de rehabilitación social, un conjunto de instituciones que tratan de empujarlo hacia un lugar que no desean ocupar, sin considerar su propia visión u opinión acerca de su consumo.

TERCERA PARTE

1. Discusiones y Conclusiones de la Investigación.

1.1 La normalidad versus la enfermedad y la marginación:

La salud y la enfermedad mental claves de la ideología psiquiátrica, contemporánea, influida a su vez por la ideología religiosa del bien y el mal,

se hacen presentes en las representaciones que tienen los jóvenes a cerca de la rehabilitación. De esta forma, la lectura que hacen de la rehabilitación es polarizada, entendiendo que la enfermedad y la adicción, son espacios satanizados, lugares que se niegan a ocupar por toda la estigmatización que significa, que deriva en exclusión y marginación.

La institución normalizadora encargada de la re-habilitar a los sujetos, no haciendo lectura de esta representación, hace lo imposible por rescatar del infierno a estos “pobres jóvenes” que no tienen conciencia de sus actos, y se encarga por lo tanto, de forzar el tratamiento, a través de ordenes judiciales o derivaciones institucionales en general. En respuesta a dichos decretos institucionales, se provoca un doble rechazo por parte de los jóvenes, uno por el hecho de sentirse sujetos de encierro, subyugados en sus derechos fundamentales y en su elección por un estilo de vida asociado al *consumo* de drogas, y por otro lado, rechazan el la etiqueta de locura, que vivencian al dirigirse a estos centros de rehabilitación, que son percibidos por sus otros significativos (grupos de pares) como *lugares para locos*.

Las instituciones, frente a esta situación hacen vista gorda, ya que no consultan a los jóvenes su parecer al respecto, y se dedican a llevar a cabo los planes de tratamiento comprometidos en sus contratos, sin percatarse de la evolución de los jóvenes, que muchas veces simulan una supuesta recuperación, entrando en el juego de la rehabilitación: asisten a talleres, firman, etc. Así todos contentos, las estadísticas cumplidas, la planificación del marco lógico logrado y por su parte las instituciones gubernamentales

publican las coberturas alcanzadas durante el año, para calmar a la opinión pública. Sin embargo todo sigue igual, perpetuando una dinámica de funcionamiento perversa, que hace trampa, y solo se preocupa de aparentar que se está haciendo algo por la re-habilitación y recuperación de estos *jóvenes inconscientes*, un juego de apariencias muy común en la sociedad actual. Frente a esto cabe preguntarse si las instituciones son ingenuas o si realmente les importa la re-habilitación de los jóvenes.

Por otro lado las instituciones de rehabilitación que funcionan desde una propuesta biopsicosocial y una mirada supuestamente comprensiva, en el abordaje del consumo, se hace cómplice del discurso médico de salud y enfermedad, presionando en el cumplimiento de la asistencia de estos jóvenes a tratamiento, ya sea a través de la derivación a tratamientos residenciales, o a través de la presión familiar.

En este escenario, los esfuerzos que se hacen por acercar a los usuarios a los centros de rehabilitación, se invalidan y cobran una representación negativa, hacia ellos, significándolos como lugares de encierro y enfermedad.

Por otro lado la institución se hace partícipe de la promoción de modelos de salud mental ideales, con metas de reinserción ambiciosas y poco sustentables en el tiempo, que derivan en la percepción por parte de los usuarios, de una normalidad poco alcanzable (posibilidad de estudio, trabajo estable), de acuerdo a su realidad, lo que genera una brecha amplia entre la

situación real de vida y los propósitos de reinserción y normalidad propuestos por los lugares de tratamiento.

Desde nuestro punto de vista esta representación esta fuertemente influida por la manera de abordar el tema de la normalidad en nuestra sociedad, como lugar deseable dentro del mundo, tiene que ver con una mentalidad colectiva que esta en directa relación con el abordaje de las adicciones.

Llama la atención que entre los mismos jóvenes se generen tendencias a discriminarse entre ellos mismos, caracterizando al adicto como un ser indeseable, cayendo en actos de discriminación, parecidos a los que la sociedad realiza hacia ellos.

1.2 La propia voluntad versus la obligatoriedad.

Desde el discurso institucional la Rehabilitación se impone con Absolutismo, relegando a ultimo plano a los jóvenes que son derivados en su mayoría a programas de rehabilitación sin su consentimiento. Presionados por las instituciones en su diferentes plataformas, desde la familia, pasando por la escuela y el Juzgado, son derivados a tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas en forma obligatoria a programas de diferentes modalidades.

De esta forma los programas de tratamiento se presentan como funcionales al discurso paternalista autoritario del sistema oficial, que se contradice, con su discurso de propaganda que propone intervenir desde modelos comprensivos, que incorporan en su mirada los diferentes ámbitos de la vida de los usuarios.

La caracterización que hacen las instituciones oficiales, en relación al joven que consume drogas, es asociada con la vulnerabilidad, desviación y la enfermedad, un lugar donde ningún joven con conciencia quiere estar. Por otro lado hablan del abordaje específico en población vulnerable con consumo de drogas, que es una forma de estigmatización encubierta, que tiene por objetivo la segregación, separando, al que no es funcional, tildándolo de vulnerable o frágil, y de esa manera justificar las medidas represivas que utilizan al derivar obligatoriamente a este grupo de jóvenes, a espacios de reconversión, pretendiendo reeditar sus vidas como si fueran una cinta de casett que se borra y se graba de nuevo con una nueva propaganda.

Es importante ver como esta “enfermedad del consumo” se generaliza, a todos los jóvenes infractores de ley por igual, no considerando, por ejemplo, la variedad de situaciones por las que llegan los jóvenes a los programas de Intervención, que van desde causas que presentan consumo de marihuana a nivel experimental, hasta actos más comprometidos en lo delictual. En todos los casos se pretende llevar a los jóvenes por “el buen camino”, el sendero de la re-habilitación, ocupando el mismo manual para

todos, se pretende habilitarlos para que funcionen en la sociedad que ellos administran.

En ningún momento de la intervención se le consulta al joven a cerca de cómo se siente con las medidas, que les parece el abordaje terapéutico y como ellos creen que podrían funcionar mejor. Al parecer no están muy motivados, ya que, para ellos el joven tal vez sea solo un número.

La derivación a institucionales de tratamiento, es significada por los jóvenes como, espacios obligatorios de rehabilitación, en donde van a cumplir una especie de condena, donde van a pagar la culpa de la desviación. No es menor que los jóvenes tengan este tipo de apreciaciones respecto a los espacios institucionales de rehabilitación, ya que cabe preguntarse como se pretende intervenir con un grupo, sin respetar su libertad de opción por rehabilitarse o no, como se puede intervenir en salud mental con alguien a quien no se le respeta e inhabilita, de conocimientos a cerca de su vida.

Para aceptar ser personas en rehabilitación ellos, tendrían que aceptar el rotulo de enfermos adictos, que los convierte en seres vulnerables, asunto que afectaría directamente en la construcción de identidad, fundamental en toda persona.

Sin embargo llama la atención que estos jóvenes tengan adherencia a tratamiento a pesar de que no crean en este tipo de instituciones. A través de

nuestro estudio se pudo dar cuenta de que los jóvenes asisten a tratamientos desde otro lugar, desde su lugar propio, motivados principalmente por la necesidad de contar con una escucha que les permita como ellos señalan “desahogarse”.

Párese lógico que los jóvenes conectados con su realidad de exclusión y pobreza cotidiana, vean que la posibilidad real de insertarse en lo social, como posibilidades de estudiar y trabajar con un sueldo digno, es una fantasía, como señalaban los jóvenes entrevistados al reproducir el discurso que circunda en sus espacios cotidianos, sobre jóvenes que habían pasado por procesos institucionales de tratamiento del consumo, Señalaban: “es que ,vuelven a la realidad ,e igual consumen depue ”. Así los sueños, que podían haberse construido durante la permanencia en el tratamiento residencial, chocaban con el contexto de marginación y pobreza en que ellos vivían, y por lo tanto recaían en el consumo, ya que la inserción la visualizan extremadamente lejana. Esa es la imagen de las instituciones de rehabilitación que manejan los jóvenes entrevistados, desde aquí puede entenderse porque es tan dificultoso para estos jóvenes dejar de consumir drogas, y creer realmente que a través de la abstinencia logran resultados, no digo que no lo crean posible, ya que efectivamente lo creen, pero es una posibilidad, que requiere grandes esfuerzos que no están dispuestos a generar. Desde esta perspectiva el consumo es una solución, que como ellos señalan: “*en la vola ando en las nubes*”, el consumo de drogas los desconecta de la cultura oficial, que le exige al joven que sea un triunfador,

sin considerar , las distancias en el recorrido, de acuerdo al tipo de joven. El joven entonces prefiere no mirar hacia macrosocial y sienta su mirada en la realidad que construye con su grupo de pares, hay tiene un lugar mas importante y no es considerado un enfermo o un no habilitado, en ese lugar se validan las conductas delictivas, el consumo, el trafico.

En general los jóvenes, por estos motivos no creen en las instituciones de tratamiento, por ello no son funcionales, los reducen en su espacio vital a un lugar de sujeto inferior y poco influyente en su propia vida, ya que son vistos como sujetos vulnerables, sin capacidad de decidir.

Según jóvenes entrevistados la motivación y el motor del cambio en el consumo de drogas y en otras áreas de su vida es el “darse cuenta” por si solos de la necesidad de un cambio en su vida, sin la necesidad según ellos de pasar por un tratamiento.

2. PROPUESTA DE INTERVENCION

El consumo de drogas es un fenómeno complejo y heterogéneo y por lo tanto puede ser estudiado desde diferentes perspectivas, así hay quienes lo abordan desde una perspectiva sociocultural, otros desde modelos estrictamente médicos, otros resaltando el ángulo policial penal.

Existen aproximaciones diversas y muchas veces divergentes de como abordar el fenómeno y ello tiene directa relación con los supuestos que

están a la base de la forma como se entiende el consumo de drogas, esto independiente de el discurso oficial en el abordaje del consumo, el terapeuta siempre tendrá cierto espacio de libertad a la hora de realizar la intervención, esto en el contexto institucional en que se lleva cabo el estudio.

Es importante tener claro a la hora de intervenir cuales son los supuestos que están a la base de el tratamiento institucional de las adicciones, ya que estos no siempre están explícitos, y son los que orientan y determinan formas diferentes a la hora de abordar y diseñar tratamientos, que en el caso del discurso oficial denota un marcado acento funcionalista, no conciente de la influencia de la ideología medica, que se encuentra encubierta bajo una propuesta biopsicosocial de tratamiento, este modelo hegemónico no da cuenta de la persona, y de su elección voluntaria por consumir drogas.

Es necesario a la hora de intervenir en adicciones, entender el consumo de drogas como un estilo de vida, que el joven en este caso asume de manera voluntaria y que adecua a su vivir cotidiano. Si bien no puede desconocerse el influjo de factores sociales, biológicos y de personalidad la elección es un componente siempre presente.

En este sentido consideramos que la manera de intervención propuesta por las instituciones oficiales tienden a infantilizar a los usuarios, determinado por ejemplo derivaciones obligatorias, a los centros de tratamiento, en donde el usuario es visto como una victima de circunstancias ajenas a el y que además no tiene conciencia de su *enfermedad*, es un

sujeto enfermo, víctima pasiva de su mal, al cual hay que aislar y medicar con el fin de que disminuyan sus apetencias, y no le de problemas al sistema, sin importar que se convierta en un adicto a drogas legales, por otro lado, el solicitar que el sujeto se reconozca como enfermo crónico, atenta en contra de su valía personal y su autoestima, asunto que de acuerdo a nuestro estudio, es un punto sensible rechazo dentro de los jóvenes, aceptarse como sujetos enfermos y sin voluntad, situación que los ubica en un lugar marginal al que no quieren pertenecer.

Es importante considerar la hora de intervenir, no perder el norte y convertirse en un profesional administrador de la *locura y la marginalidad*, poniéndonos del lado de la filosofía del mantenimiento del orden, si no, es primordial orientarnos al servicio del paciente y por lo tanto, de una sociedad menos infantilizada, es necesario comprender que estamos frente a personas sensibles capaces de advertir cuando están siendo tratados como objetos de administración y cuando son tratados como personas completas.

Si es importante devolver la confianza y considerar que estamos frente a personas con potencialidades y capacidad de reflexión, seres autónomos. En este sistema se considera normal, que se “cuide” de por vida a las personas, y se les niegue el derecho al riesgo, se les considera desordenados y desajustados, si consumen marihuana, por ejemplo, tratando de manejar forzosamente a las personas, sin advertir que los conflictos o desajustes son parte de nuevas organizaciones humanas, y que esta llamada

desadaptación es parte de las reacomodaciones, que como personas pasamos durante toda nuestra vida.

No puede abordarse nada en adicciones, sino se pone en tela de juicio a los poderes hegemónicos que administran la sociedad, que es la fuente de toda reacción, marginación y desajustes sociales.

Producto de lo anterior los jóvenes llamados *altamente vulnerables*, reaccionan no sintiéndose identificados con las instituciones y buscando formas de funcionamiento alternativo que le otorgan un lugar en lo social. En la cultura oficial, no hay espacio para ellos, estos jóvenes en forma realista no se identifican con los valores imperantes en lo macrosocial, ¿De que se van a rehabilitar? si ellos ya están habilitados para sobrevivir en esas condiciones, para ellos el consumo les da pertenencia y sentido a su vida. Mediante su rechazo a adaptarse a las normas (escolares, institucionales en general) los jóvenes, muestran lo que les parece intolerable en el sistema de valores predominante.

Es de importancia tener una lectura de este rechazo a las instituciones de rehabilitación, ya que, perciben que son programas sedantes, que no resultan y que esta por sobre todo orientados a conseguir una normalización, de la que no están acostumbrados, por haber vivido siempre en los márgenes de la cultura oficial.

2.1 Tratamiento, acogida y aceptación versus administración de la salud mental.

Existe la necesidad, por parte de los jóvenes en tratamiento, de ser tratados como sujetos con decisión y voluntad propia, negándose de esta forma, de ocupar el espacio que las instituciones de rehabilitación le fuerzan a través de medidas de control que contradicen su voluntad, confiriéndoles lugares de enfermos y marginales.

Los jóvenes manifiestan capacidad de diferenciar la calidad de atención, dándose cuenta cuando son atendidos como un número estadístico. En este sentido, advierten cuando las intervenciones que se desarrollan dentro de las instituciones de rehabilitación, tienden a caer en el polo administrativo de la atención. Por otro lado, son capaces de advertir y sentir cuando la acogida por parte de los profesionales es sincera, de carácter humano, sintiéndose tratados como seres con decisión y voluntad propia.

El discurso de la rehabilitación manifestado por las instituciones a nivel oficial establece una relación funcional con los usuarios, en la medida que la preocupación por rehabilitar a los jóvenes pasa por un tema de seguridad ciudadana y no por la sincera intención de terminar con el sufrimiento humano presente en estos contextos de pobreza, en este sentido la

administración institucional lejos de tener una mirada comprensiva (como lo indican en sus lineamientos técnicos) con los jóvenes, se refieren a ellos como entes sin voluntad propia, no percatándose de la capacidad de reflexión de estos, y de esta forma tienden a percibirlos como “objetos, mas que como sujetos en rehabilitación”, de esta manera el abordaje terapéutico se convierte en una estrategia de control funcionalista, que deriva a los jóvenes a diversos sistemas de recuperación como objetos de cuidado y control, invisibilizando toda palabra personal que refieran al respecto.

Es importante considerar, los propios prejuicios del que hacer profesional, por un lado, estar concientes de la ideología medica que ha influido en nuestra manera de abordar las adicciones, por otro lado, tener presente los prejuicios en torno a los usuarios, como la idea de sujeto *adicto-enfermo*, asunto que puede obstaculizar un entendimiento mas complejo de la persona, ya que si bien los usuarios se nos presentan bajo una mascara, por nuestra parte no pongamos una pantalla que pueda alterar nuestra relación con ellos.

Es importante reflexionar que los sujetos en estos contextos acuden a tratamiento forzados, sin motivo de consulta y que nuestro trabajo, se tiene que centrar en facilitar la disminución del sufrimiento humano asociado un estilo de vida ligado al consumo. Entender cuales son las motivaciones que hay detrás del consumo de drogas.

Desde lo anteriormente expuesto, un asunto fundamental en la formulación de esta investigación, es considerar que un programa de tratamiento ambulatorio puede ser entendido como un espacio de encuentro e intercambio de saberes. Para ello se hace fundamental reconocer y validar a los jóvenes desde sus historias, experiencias de vida, prácticas y construcciones de conocimiento. En donde exista la oportunidad de co-construir un discurso nuevo, de nuevas comprensiones y acciones para que los jóvenes sientan que esos espacios les pertenecen y que son protagonistas de su propia vida.

Abrir los espacios de intervención, convertirlos en espacios de escucha y permanente construcción y reconstrucción colectiva de discursos. Es importante que los profesionales que crean estos lineamientos de intervención tengan una actitud más humilde, y reconozcan los saberes de los jóvenes usuarios, un asunto muy importante como dijo un joven entrevistado: “Lo más importante es la confianza, que te devuelvan la confianza”. Así hay que trabajar, siguiendo la voz de los beneficiarios y afirmando su propia definición de sujeto.

Desde la co-construcción de un nuevo discurso, se da el paso hacia nuevas problematizaciones sobre la rehabilitación, así como la participación de los jóvenes en la definición de los objetivos de su tratamiento y en el encuadre general que el programa debe tener para facilitar el logro de sus objetivos integralmente.

En un espacio con estas características, los equipos de trabajo deben constituirse en facilitadores del diálogo. El espacio terapéutico debe ser un espacio de escucha, y no respuesta; de construcción colectiva y no de imposición de saberes. En lo que respecta a la construcción de sujetos posibles, ésta debe partir del reconocimiento y validación de ellos de su verdad y forma de vivir en el mundo.

Las instituciones que trabajan con adicciones deberían ser lugares donde se puedan construir nuevas posibilidades de ser, sobre la reflexión en torno a lo que se dice y se hace. Del mismo modo, los jóvenes puedan participar activamente en nuevas redefiniciones como sujetos, sin necesariamente tener que adscribir a los parámetros institucionales y adultocéntricos que predefinen el deber ser como joven.

En la construcción de nuevas posibilidades de ser, el ser actual no se borra ni se anula; al contrario, se reconoce como un ser lleno de sentido. La construcción actual de sujeto se reconoce también como posibilidad y proceso. Posibilidad, en la medida que se valida como una alternativa de ser, pensar(se) y actuar; proceso, en el sentido que se asume que la construcción de identidad, y no corresponde a una etapa finita dentro de un ciclo vital, sino que por el contrario, constituye un devenir en permanente revisión y reconstrucción, en que la transformación es norma y la “definición de identidad”, tan solo una estructura que atrapa e inmoviliza.

De esta forma, se puede promover finalmente la autonomía del sujeto, como alguien que decide, y que de hecho está capacitado para hacerlo; un sujeto que participa activa y responsablemente en la construcción de su propia vida y en la elaboración de su propia historia. Un sujeto que además asume que su historia es al mismo tiempo una historia colectiva, una historia con otros; que es, en definitiva, un actor social.

La implementación de programas con estas características, requiere necesariamente asumir su inclusión dentro de los procesos de cambio que promueve; en otras palabras, en la promoción de procesos de cambio desde el diálogo y el reconocimiento del otro, los programas deben ser capaces también de abrirse a la posibilidad –y a la necesidad permanente- de entrar en el juego de su propia revisión y transformación.

La flexibilización de los programas, y por tanto de sus equipos de trabajo, desde esta perspectiva resulta fundamental. Asumir esta posición, asimismo, requiere por lo tanto que los propios equipos de trabajo sean capaces de aceptar la imposibilidad de neutralidad en su quehacer cotidiano -asumir que se habla y se actúa desde un lugar específico, que resulta determinante en la relación que se establece con el otro- y estén dispuestos a revisar y cuestionar sus propias representaciones -de rehabilitación, por ejemplo- a la luz de la relación con el otro.

4. Sugerencias para otras investigaciones

Para terminar y muy brevemente , no quisiéramos dejar pasar la ocasión de señalar algunas líneas posibles a trabajar.

Creemos que un estudio de carácter exploratorio, uno de sus principales productos es dejar líneas de investigación abiertas para trabajos posteriores.

En este sentido la primera sugerencia es que el tema de esta investigación ha sido poco explorado, y por lo tanto hacer generalizaciones en este sentido, no sería posible.

Sería importante que se realizaran este tipo de investigaciones a nivel del area de la salud, en el tema específico de la rehabilitación del consumo con jóvenes vulnerables, ya que creemos que se debe explorar mas a cerca de las representaciones que los usuarios de dichos centro tienen hacia estos, considerando la baja adherencia tratamiento y si se pretende que estos planes estatales funcionen y se puedan aprovechar en buena medida los recursos que dispone el estado para tales efectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre y Rodríguez ,(1996)En Silva.C ,."Juventudes Tribus Urbanas En Búsqueda De Una Identidad", Ultima Década N° 17 Viña del Mar, Ediciones CIDPA Pág. 123.
- Alpizar,L y Bernal,M,(2003),"La construcción social de la juventudes", Ultima Década N° 19 Viña del Mar, Ediciones CIDPA Pág.
- Andrade, K. y Henríquez, F. Tesis par optar al titulo de asistente social, universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2005¹³,
- Arcila, M., Del Solar, G., Osorio, D., Villarino, AM. "La Dependencia al Consumo de Drogas: Una aproximación Teórico-Práctica al Tratamiento Ambulatorio", I. Municipalidad de Santiago, Area Social, Programa de Prevención en Drogas. Santiago de Chile. 1999.
- Arcila, M. Núñez,M. Rammsy ,V.Saniter.N 2003 L Estrategias de prevención en drogas desde la atención primaria , Material elaborado por:., Norman Saniter M. Para el curso "Estrategias de Prevención en Drogas desde la Atención Primaria", dirigido a funcionarios de salud de la I. Municipalidad de Santiago.
- Arcila, M. Núñez, M. Rammsy, V. Saniter, N. (2004) Manual de Prevención y Atención en Alcohol y Drogas desde la Atención Primaria de Salud, Programa de Prevención y Atención en Alcohol y Drogas, I.

¹³ Tesis para optar al titulo de Asistente Social. U. Academia de Humanismo.2005

Municipalidad de Santiago.. Documento Inédito de Trabajo ,del programa de prevención de drogas ,. Uso autorizado.

- Brito, (1996) “adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes oscar Dávila león”. “última década N°21, CIDPA Valparaíso, diciembre 2004, pp. 83-104.
- CANALES, M. PEINADO, A. (1993): “Grupos de discusión” en Delgado, J. y Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales, Ed. Síntesis, México.
- CONACE. 1996 “Drogas, Conceptos Básicos y Herramientas para la Prevención. Santiago, pág. 12.
- CONACE.(2003) Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008. Gobierno de Chile Pág. 9.
- Conace.2004.” Prevención de drogas en niños y adolescentes de alta vulnerabilidad social” , Gobierno de Chile Pág. 2
- CONACE (2005:2), “Prevención De Drogas En adolescentes En Vulnerabilidad Social” , Area Marginalidad , Chile. Pág.2 .
- Dooner.P (2003) La cruel ironía de la "tolerancia cero" .
www.elmostrado.cl
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008. Gobierno de Chile Pág. 9 .2003.
- Wwww.Conace.cl
- Wwww.Cosamestacioncentral.cl

- Cottet;P. “La vida juvenil encrucijada del tiempo social” Primer informe nacional de la Juventud. Santiago,1994:299.
- Echeverría, A., Idiaquez, C. y Pérez, P. (2003). “Informe Comisión Sename: Evaluación Del Trabajo Realizado Por Las Comunidades Terapéuticas Del Area De Riesgo Social Desde 1999 al Año 2002.”, Documento de Trabajo del Area de Riesgo Social del Hogar de Cristo.
- Encuentro Juvenil “por una mejor convivencia ciudadana”, Programa de Prevención y Atención en Drogas. IM Santiago. Documento de Sistematización “10ª Agrupación Vecinal, 26 de mayo del 2000, pg.3. Documento de Trabajo.
- Feixa, “Antropología de la Juventud”,1999, Editorial Ariel S.A. Barcelona, pp.11
- Florenzano(1999).”Breve historia del Psicoanálisis” , , editorial Universitaria. 1999, pagina 23).
- Flores,F. Grondona, G (comp..) (1987) “Drogas Políticas Y Cultura”, Cono Sur.
- Guiardo. F(2002)”Acercándonos Al Sentido del uso de las Drogas y La Prevención Desde Los Jóvenes ” Ultima Década Nº 17 Viña del Mar, Ediciones CIDPA Pág. 134.
- Heather, N. & Robertson, I. (1997) Problem Drinking. Oxford University Press. en Arcila, M. Núñez, M. Rammsy, V. Saniter, N. 2004 , Manual de Prevención y Atención en Alcohol y Drogas.

- Instituto Nacional De La Juventud. “Significados asociados a las drogas y al consumo de drogas en jóvenes” Año: 1995-1996 Edición: INJ, Santiago, 1998.
- Ibañes,T(1988), “Ideología de la vida cotidiana”, Editorial Sendai, España.
- Ibañes,T(1990), “Aproximaciones a la Psicología social”, Editorial Sendai, España
- Jodelet, D.; “Representación Social: Fenómeno, concepto y teoría. Editorial Paidos, 1984, pg 35.
- .Jodelet, D. (1986), “La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría” en Moscovici, S. (1986) “Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social, Psicología social y Problemas Sociales”. Editorial Piados, Barcelona.
- Martín-Baro, (1983). Acción e Ideología. San Salvador. Universidad Centro americana,1985pp.123-124. en Mora,M. 2002. La Teoria d elas Representaciones Sociales de Serge Moscovici, *Atenea Digital*.
- *Morin,E 1984pp341*
- Moscovici,S. “Psicología de las minorías activas”, ediciones Morata, Madrid, pp. 15, en Pozzoli, M. la interacción social pp. 54,2000.Castaglia.
- Silva, J. C. (2002) “Juventud y Tribus Urbanas: En Busca de la Identidad”, en Ultima Década Nº 17, CIDPA Viña del Mar.
- Szasz, T. (2001) “Nuestro Derecho a las drogas”. Editorial Anagrama, Barcelona.

- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1998). "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación", Editorial Paidós Ibérica S.A., Barcelona.
- TAYLOR, S. BOGDAN, R. (1992): Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Ed. Paidós, Barcelona.
- Restrepo, J C "Droga y Reconstrucción Cultural. Guía para la prevención de la farmacodependencia". Icaaldía Mayor de Santa Fé de Bogotá, Unidad Coordinadora de Prevención Integral. Sin Fecha. Pgs. 21-30.
- Programa de Prevención y Atención en Drogas. IM Santiago. Documento de Sistematización "Encuentro Juvenil por una mejor convivencia ciudadana", 10ª Agrupación Vecinal, 26 de mayo del 2000, pg.3.
Documento de Trabajo

