

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

**“EXPERIENCIAS FACILITADORAS DE REHABILITACIÓN,
SEGÚN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY DE ENTRE
16 Y 19 AÑOS, USUARIOS DE LOS PROGRAMAS
TERAPÉUTICOS SAN VICENTE DE PAUL Y EL CASTILLO, DE
LA REGIÓN METROPOLITANA”**

Profesor Guía : María Isabel Pardo

Metodólogo : Genoveva Echeverría

Profesor Informante : Georg Unger

Alumno (s) : Rodrigo Yáñez B.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Abril de 2013

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	4
	1.1 Antecedentes y Planteamiento del Problema	4
	1.2 Formulación del Problema y Pregunta de Investigación	16
	1.3 Aportes y Relevancia de la Investigación	20
2	OBJETIVOS	23
	2.1 Objetivo General	23
	2.2 Objetivos Específicos	23
3	MARCO TEÓRICO	25
	3.1 Fenomenología	25
	3.2 Interaccionismo Simbólico	28
	3.3 Visión Humanista	29
	3.4 Contexto: Globalización y Neoliberalismo	30
	3.5 Adolescencia y Juventudes	32
	3.5.1 Adolescencia	34
	3.5.2 Características de la Adolescencia	35
	3.5.3 Adolescentes Infractores y Consumidores de Drogas	37
	3.5.4 Patología Dual	39
	3.6 Política de Drogas y Tratamiento	40
	3.6.1 Modelo Comprensivo	42
	3.6.2 Motivación para el Cambio	45
	3.6.3 Trabajo con Familias	46
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	48
	4.1 Enfoque de la investigación	48
	4.2 Tipo y Diseño de Investigación	50

4.3	Delimitación del Campo a Estudiar	52
4.4	Técnicas de Recolección de la Información	55
4.5	Plan de Análisis de la Información	58
5	ANÁLISIS Y RESULTADOS	61
5.1	Focus San Vicente de Paul	62
5.2	Focus El Castillo	104
5.3	Fichas Clínicas	131
6	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	157
7	BIBLIOGRAFÍA	172

DEDICATORIA

A mi familia, a mis hijos Javiera y Camilo, a mis nietos, a mis padres, a mis hermanas, a mis sobrinas, a mi cuñado, a mis amigos y compañeros de hoy y ayer, que con todas las herramientas luchan por un mundo mejor.

A los populares del siglo XXI, a los huachos de la globalización.

1 INTRODUCCIÓN.

1.1 Antecedentes y Planteamiento del Problema

El problema del consumo de drogas y/o alcohol, también conocido como abusivo, dependencia o adicción, se presenta como un asunto de seguridad pública de gran impacto mediático, más aun cuando hablamos de delincuentes consumidores de drogas y en particular de adolescentes. Del total de delitos que se cometen en el país, sólo el 10% corresponde a menores de edad, sin embargo, el efecto en la opinión pública en términos de percepción, es significativo. Y en cuanto a lo que la gente espera del estado, en Marzo de este año solo el 18% de los encuestados por la empresa de estudios de opinión Adimark (2013) aprobaba el modo en que el presidente Piñera manejaba el tema de delincuencia.

A nivel mundial, por ejemplo, en la Comunidad Europea habría anualmente entre 6500 y 9000 muertes por sobredosis, dos millones de europeos serían adictos, la mitad de los cuales consume por vía endovenosa (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007). Comparativamente a otros

países de la región, el consumo nacional es significativo, donde según el *Informe sobre el Consumo de las Drogas en las Américas, 2011* publicado por la Organización de Estados Americanos, en Chile la prevalencia del consumo en la vida de marihuana es de un 26,01%, seguido de Uruguay 12,25%, Argentina 9,00%, Bolivia 10,38%, Brasil 8,80%, Colombia 7,90%, Perú 3,57%, Paraguay 2,54 y Ecuador 4,30%, es decir, duplicamos al país más cercano en cuanto al uso de marihuana en la vida.

La Oficina contra la droga y el delito de Naciones Unidas (Informe 2008), en el primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años en América Latina, con seis países de la región (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay) muestra a Chile como el país con la mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol y el segundo con mayor prevalencia de consumo de cocaína de la región.

Ahora específicamente en nuestro país, según los estudios del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE (2009), entre 1994 y 2008 el consumo de marihuana en la vida, reportado en el grupo etario que va de los 12 a los 18 años ha pasado de 9,2% a 16,4%, registrándose valores semejantes en el consumo de otras drogas respecto al

consumo en el último mes o año. Para el último estudio publicado por CONACE (2011) el grupo etario que va entre los 12 y 34 años registra las más altas cifras de consumo de marihuana, cocaína y pasta base.

Hasta aquí diríamos que nos encontramos comparativamente hablando respecto a nuestros vecinos, en una situación de liderazgo, con un problema social, sanitario, legal y por cierto económico de alto impacto, mostrando las cifras que el consumo se da preferentemente en el rango etario de población joven. Dentro de esta población que va entre los 12 y 34 años, existe puntualmente un segmento referido a los adolescentes e infractores de ley que se destaca por su prevalencia en cuanto al consumo de drogas.

Siguiendo esta línea, de acuerdo al estudio sobre consumo de drogas en adolescentes infractores de ley penal entre 14 y 17 años, del Servicio Nacional de Menores SENAME, realizado por la Universidad Católica de Chile (2006), un 70% presenta consumo de drogas ilícitas y de éstos un 50% es consumidor de varias sustancias adictivas. Para el estudio de la Asociación Chilena Pro Naciones Unidas ACHNU (2012), en una muestra de 176 adolescentes infractores de ley en régimen cerrado, el 90% de los

jóvenes reconoce consumo de sustancias. Lo que nos da una aproximación de la relación que existe entre joven infractor y consumo de sustancias.

En las últimas décadas la lucha contra las drogas a nivel internacional se ha enfocado desde una estrategia de guerra total, es decir, el foco principal de las intervenciones está dado por el combate frontal al consumo y al tráfico, incluidas las fuerzas armadas, por ejemplo en México y Colombia, lo que ha significado la proliferación de carteles, lucha por territorios, miles de muertos, en definitiva costos humanos y económicos enormes y resultados discretos.

En esta lógica de guerra ha prevalecido una mirada centrada en el ámbito de lo judicial y lo médico, es decir, la clásica concepción de la guerra a las drogas y al delito, donde se piensa a estos fenómenos como causa y no como efecto de los problemas sociales, económicos, médicos y judiciales asociados. La mirada judicial busca encerrar al adicto, criminalizar el consumo, le otorga un estatuto legal a la lucha por todos los medios contra las drogas, obliga al tratamiento, interna al adicto, aislándolo de sus redes y relaciones. Para el modelo médico, estamos frente a enfermos, que en el mayor de los casos no tienen conciencia de su enfermedad y por lo tanto deben ser tratados, aún contra su voluntad, en unidades ambulatorias o

residenciales, incluso en espacios cerrados de desintoxicación. En estas concepciones se minimiza el abordaje social, político, cultural, generacional, económico. El adicto es un problema de seguridad ciudadana (altamente correlacionado con el delito) y/o un problema de salud pública.

En cuanto a los adolescentes infractores de ley con consumo problemático, los estudios que relacionan consumo de alcohol y/o drogas y delitos, inician en los 90, centrándose mayoritariamente en definir factores protectores, desencadenantes, tipos de familia y tipos de delito (Ministerio de Salud MINSAL, 2006).

Pero estos estudios en general, carecen de una mirada que tenga en cuenta el modo en que los adolescentes viven el consumo o la socialización callejera, solo son tomados como datos referenciales, las más de las veces a través de cuestionarios cerrados donde el joven se remitirá a responder ecotadamente de acuerdo a parámetros definidos desde el mundo adulto, específicamente desde el derecho y la salud pública, y por lo tanto, las percepciones, motivos y opiniones de los propios afectados no son tomadas en cuenta, por ser enfermos y delincuentes, además de adolescentes, es decir, convergen categorías que disminuyen su poder de decisión, de saber lo que les conviene, de lo mejor para sus vidas, son sujetos de intervención,

desviados judiciales, generacionales y sanitarios para un poder-saber adulto preocupado por el control médico y judicial, donde no hay cabida para las opiniones de quienes ni siquiera saben que deben ser mejor-ados (Foucault, 1976).

Un grupo minoritario de estos adolescentes infractores llegan a ser usuarios de programas terapéuticos especializados en drogas ya sea en modalidad ambulatoria o residencial, siendo intervenidos según protocolos entregados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol SENDA y MINSAL. La problemática en estos centros es abordada centrándose en el consumo; ¿desde cuándo consume? ¿Cuáles sustancias? ¿Con qué regularidad? ¿Cuánto gasta? ¿cómo consume, solo o acompañado? preguntas todas fundamentales a la hora de realizar un diagnóstico y pronóstico del proceso terapéutico, según SENDA, y MINSAL. Se puede observar que en los cuestionarios, entrevistas y fichas clínicas en general no hay preguntas respecto de cómo viven su mundo, cómo lo explican, qué necesitan, cuál es la queja o demanda que ellos plantean, que por cierto pudiera existir. En esa línea es que hay muy pocos estudios en donde el adolescente sea el informante protagónico en decirnos, por ejemplo, qué elementos de su proceso de rehabilitación han sido significativos, relevantes, reconocidos como positivos, al haber estado en un proceso terapéutico.

Hoy, según la legislación vigente, desde el juzgado penal por infractor de ley o desde el juzgado de familia por haber sido vulnerados en sus derechos la familia y/o el adolescente y como resultado del consumo problemático, los adolescentes son obligados a internarse en programas de rehabilitación de drogas sujetos a normas técnicas definidas por SENDA, SENAME y MINSAL. La vía principal de ingreso es una orden judicial, la única vía irrenunciable para los programas de tratamiento, pero también hay casos de ingreso voluntario o derivaciones desde instituciones de salud o educación, que se verán sujetas a aprobación o rechazo previa recopilación de antecedentes y entrevistas con los potenciales usuarios.

Existen en la región metropolitana 98 centros de tratamiento de drogas reconocidos por el SENDA y a nivel nacional 195, es decir, la mitad se concentra en la capital. Además, se observa un aumento en las regiones del norte grande, Valparaíso, Biobío y Araucanía, coincidiendo con las regiones de mayor consumo, concentración de población y pobreza.

La norma técnica para el funcionamiento de un centro ambulatorio o residencial para adolescentes infractores de ley, se construye a partir de tres comisiones de las respectivas instituciones (CONACE, SENAME, MINSAL)

donde encontramos médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales.

El tratamiento dura entre seis meses y un año, sin embargo, en los últimos dos años estos tiempos se han flexibilizado atendiendo a la baja adherencia a tratamientos largos. Los centros para adolescentes infractores presentan dos modalidades: ambulatoria y residencial, diferenciándose el ingreso en base al riesgo biopsicosocial y al patrón de consumo de los jóvenes. Cada programa debe seguir la norma establecida por la autoridad, el modelo teórico y técnico encuadra a los diversos equipos en cada centro. La evaluación y supervisión de SENDA, corre a través de psicólogos clínicos, con especialidad en drogas, que cada dos meses aproximadamente, visitan los programas terapéuticos, realizando jornadas de evaluación y asesoría.

Los equipos por centro se conforman en base a un director (quienes en su mayoría son psicólogos) un psicólogo, una asistente social, cuatro técnicos en rehabilitación, un terapeuta ocupacional y un profesor de educación física.

Con independencia de si el centro es ambulatorio o residencial, una vez que el joven ingresa debe obtenerse un diagnóstico integral (clínico, educacional, laboral, tipo de familia, factores protectores y de riesgo), luego la intervención corre por tres vías principalmente, la primera se refiere a la intervención clínica, donde se busca definir objetivos y metas terapéuticas a cumplir dentro de un plan general, lo anterior es complementado por los técnicos quienes se abocan principalmente a la modificación del patrón de consumo, en segundo lugar se interviene creando y/o afianzando redes educacionales, laborales, artísticas que impliquen la utilización adecuada del tiempo libre durante el proceso o durante el seguimiento y por último existe una línea medico-psiquiátrica que sigue el desarrollo del tratamiento mediante el uso de fármacos que incluyen neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos y reguladores del ánimo principalmente.

Las subvenciones se pagan habiendo el adolescente tenido al menos cuatro intervenciones al mes, en ambas modalidades, hasta que el joven egresa o abandona su proceso. Es obligatorio el seguimiento del caso por al menos tres meses, una vez egresado el adolescente en tratamiento.

Los centros cuentan con equipamiento diferenciado, ya sea este residencial o ambulatorio. En el caso de los programas residenciales, se

necesitan dormitorios con ventanas, sin protecciones, espacios comunes, cocina, bodega, salas de atención y box de consulta, por último, deben contar con espacio para trabajo grupal. En los ambulatorios son importantes los espacios para taller, el equipamiento para deportes, además de contar con espacios comunes, cocina, bodega, salas de atención, box de consulta y espacio para trabajo grupal.

En general, estos centros de rehabilitación son para menores que pertenecen al quintil más pobre de la población chilena, es decir, potencialmente cerca de 200.000 adolescentes entre 14 y 18 años (Instituto Nacional de Estadísticas INE, 2010). Los pacientes de estos centros presentan familias disfuncionales tanto en la estructura como en la dinámica, con gran incidencia de patologías comórbidas llegando a 64% según Rioseco (2009) y particularmente en el 46,9% de los casos presentan trastorno de conducta o disocial, además, significativo es el aumento de jóvenes en situación de calle, donde no cuentan con apoyo familiar y escaso conocimiento y manejo de redes.

Aquí se les rehabilita en su mayor parte obligados por algún adulto (madre-juez-médico). Puede ocurrir que un adolescente sea detenido por cometer un delito y se compruebe que existe además consumo problemático

de drogas, entonces, de acuerdo al perfil y el delito puede ser derivado a tratamiento en un centro, si no hay adherencia y reincide podrá ser enviado a un centro de reclusión de la red de SENAME o a una unidad de desintoxicación hospitalaria. La otra vía es una denuncia familiar que presenta un recurso de protección para que el adolescente sea internado en un centro residencial, por otro lado, los delegados de libertad provisional y especial derivan constantemente sus casos.

En definitiva el menor llega por haber presentado problemas familiares, escolares, judiciales y/o de salud, o sea ha afectado el entramado social desde lo micro a lo macro, pasando por varias transgresiones que lo vuelven peligroso.

Es este modelo de rehabilitación, (que basa su intervención desde lo legal y médico y que por lo tanto evalúa sus éxitos por disminución del delito y adicción) el que encuadra los centros, dejando fuera la voz de los adolescentes infractores.

Veremos entonces qué nos dicen los jóvenes infractores de ley y consumidores problemáticos de drogas respecto de lo que ellos consideran

significativo, positivo, rescatable, facilitador, durante su proceso de rehabilitación en tanto haber sido usuarios de dichos programas.

El foco de los programas en general ha estado centrado desde el mundo adulto en lograr la abstinencia y se ha dejado de lado la rehabilitación y las atribuciones de esta que hacen los propios adolescentes que cometen delitos y se drogan, respecto de su posible mejoría (Valdivia y Condeza, 2006) . Este estudio pondrá el acento en los afectados, escuchándolos cuando nos hablen sobre sus experiencias rehabilitadoras en sus procesos terapéuticos por consumo problemático de drogas, esperando que sus experiencias puedan ayudarnos a saber cómo mejorar los programas para impactar en la adherencia y satisfacción de los propios usuarios, que no son consultados pues no interesa su visión.

Los modelos hegemónicos se basan en lo dispuesto por el saber, por el mundo adulto profesional y especializado, sin tomar a veces en cuenta lo que para los propios afectados es significativo (Valdivia y Condeza, et. al.). Insisten en una mirada médico-judicial donde se pretende controlar e integrar a los jóvenes a los cánones esperados por la sociedad adulta. En este proceso además, desde una posición de poder (médico-juez) se obliga a participar de dispositivos que redundan en asimetría e imposición.

1.2 Formulación del Problema y Pregunta de Investigación

Según el diario “El Día” de la Serena, publicado el 4 de Febrero de 2012, la coordinadora regional Coquimbo de CONACE, Andrea Velásquez, indica que “desde enero a junio están en proceso de tratamiento 63 jóvenes, de los que ya 3 recibieron su alta terapéutica”, es decir un 4,8% semestral muestra mejoría en cuanto haberse rehabilitado del consumo problemático.

En España los estudios de valoración de los resultados de los tratamientos realizados son muy escasos (Fernández, 2000), presentando problemas metodológicos y de seguimiento para la correcta valoración.

En Argentina el estudio de Evaluación de programas de tratamiento (Ruiz, 2009) entrega tasas anuales de rehabilitación de 30%, consideradas por el autor como discretas.

Para García, M. (2001), en una revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes y refiriéndose al Reino Unido, concluye que no existe aún suficiente evidencia acerca de la efectividad de los programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas ilegales.

Según el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica PUC (2007) al evaluar los programas se determina que “las declaraciones de efectividad que entregan los propios infractores son bastante bajas: la mayor parte de los que han tenido tratamiento declara no haber dejado nunca de consumir, no haber reducido el consumo durante el tratamiento y/o haberse retirado antes de tiempo.” En oposición, por ejemplo en México, un estudio con adolescentes consumidores de alcohol determinó que el programa al que asistieron fue efectivo en la reducción del patrón de consumo (Salazar, 2008).

Por otro lado, McWhirter (2002), en Brasil, al evaluar programas de drogas para adolescentes concluye que primero: siempre es preferible iniciar algún tipo de tratamiento que no iniciar ninguno, y segundo: que los programas más efectivos incorporan diversos niveles de tratamiento, tales como, individual, familiar, grupal, actividades comunitarias y extracurriculares.

Por último, en Argentina, según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (2010), la evaluación de los programas de tratamiento con un seguimiento de un año, determinó que para los adolescentes importa sentirse valorado en la institución, contenido y tratado como ser humano, mencionan la importancia de tener un espacio para aprender a hacer la propia vida y percibir que se los respeta, el grupo de compañeros, son mencionados como elementos centrales en el tránsito por la institución y en el proceso de la propia recuperación. Los talleres, los grupos, fueron mencionados por casi todos. Los valoraron como la herramienta imprescindible para aprender a hablar, empezar a comprender, tener otro punto de vista, tomar conciencia, poder ponerse en el lugar del otro.

Según estos datos la rehabilitación se logra en porcentajes muy bajos y solo en contados estudios se toma en cuenta la opinión de los usuarios. Entonces es menester preguntarles por sus propias apreciaciones respecto del proceso al que asisten (en su mayoría obligados). Es necesario contar con la opinión de los afectados, como un insumo que entregue nuevos elementos a la discusión del tratamiento para adolescentes consumidores e

infractores de ley. Si los obligamos a ir a tratamiento al menos deberíamos escuchar qué tienen que decir.

A partir de estas cifras e ideas es que se precisa hacernos la pregunta que guiará el proceso de investigación:

¿Cuáles son las experiencias que facilitan la rehabilitación, según adolescentes de entre 15 y 19 años, infractores de ley y usuarios de programas terapéuticos especializados en drogas, durante su proceso terapéutico, ya sea este ambulatorio o residencial?

La pregunta de investigación entonces, nos permite enfocar una situación fundamental en cualquier proceso de rehabilitación, pues hay pocos estudios que nos hablen de porcentajes de éxito o casos de rehabilitación con adolescentes en un corte longitudinal, no hay seguimientos y en el caso particular de uno de los programas a estudiar no hay egresos (rehabilitación formal) por aproximadamente un año y medio.

Esta investigación pone el acento en los sujetos que sufren el problema, confiando en las motivaciones, experiencias y expectativas de los adolescentes respecto del proceso de tratamiento al que son sometidos.

1.3 Aportes y Relevancia de la Investigación

El aporte teórico de esta investigación, radica en pretender sumar a los estudios disponibles, la mirada particular de los propios afectados, sus experiencias significativas, sus atribuciones y representaciones de lo que ha sido ser usuario de un programa terapéutico y agente de su proceso de rehabilitación. Reforzaré además los nuevos enfoques (reducción de daño, modelo procesual-contextual, enfoque de competencias) que se están adoptando en Chile y que hacen hincapié en valorar lo que el propio sujeto de intervención estima como fundamental a la hora de someterse a un tratamiento en drogas.

La relevancia práctica está dada en el sentido de contar con las miradas de los propios afectados, con sus sugerencias y aportes, para la construcción de su plan de tratamiento, es decir, el joven visto como el que mejor sabe lo que le ocurre y como artífice responsable en los acuerdos que se adopten durante su proceso. Por lo tanto, el aporte radica en que a partir de la sistematización de la información entregada por los sujetos, se podrían realizar ciertas modificaciones al modelo de intervención o por el contrario reforzamientos de las experiencias terapéuticas en los programas estudiados, que a los ojos de los adolescentes resultan o no facilitadoras de su proceso de rehabilitación.

Se espera además que una relevancia de carácter social se produzca toda vez que la efectividad en los procesos terapéuticos ofrecidos a estos adolescentes infractores de ley y consumidores problemáticos de alcohol y/o drogas, impacten en su vida personal, familiar y comunitaria, pues una modificación en el patrón de consumo, una mejoría en la auto percepción, un cambio en sus patrones interaccionales, redundarán en efectos prosociales.

Pretende el estudio arrojar evidencia desde los propios jóvenes sometidos a la mirada judicial-médica que ha sido dominante y avanzar en

posicionar a los propios afectados respecto de lo que les pasa y de lo que consideran lo mejoraría, de lo que facilitará su rehabilitación en drogas.

Finalmente y debido a la escasez de estudios centrados en lo que sienten, piensan y dicen los adolescentes infractores sometidos a tratamiento de drogas, es que los resultados puedan ser un aporte al diseño de políticas públicas que tienen por objeto los adolescentes, los infractores y el consumo de drogas, como una retroalimentación, pero desde un espacio poco escuchado o ignorado por el mundo adulto.

2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

2.1 Objetivo General

Conocer las experiencias terapéuticas facilitadoras de rehabilitación en adolescentes de 15 a 19 años consumidores de alcohol y drogas quienes además son infractores de ley, destinados a los Programas Terapéuticos especializados en drogas, San Vicente de Paul y El Castillo de la Región Metropolitana.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar psicosocialmente la muestra seleccionada de los programas San Vicente de Paul y El Castillo.

- Evaluar el proceso de rehabilitación en el modelo puesto en práctica por los Programas Terapéuticos San Vicente de Paul y El Castillo (modelo biopsicosocial), desde la mirada de los usuarios, en cuanto al impacto en la modificación del patrón de consumo.

- Identificar experiencias positivas de los adolescentes con sus pares durante el proceso de rehabilitación en los Programas Terapéuticos San Vicente de Paul y El Castillo.

- Describir las motivaciones que tienen los adolescentes que hacen parte del programa terapéutico El Castillo y San Vicente de Paul para la disminución del consumo de drogas.

- Identificar las actividades terapéuticas, según los usuarios de los Programas San Vicente de Paul y El Castillo, que rescatan como preferidas durante su proceso de rehabilitación.

- Identificar características de los profesionales que trabajan en estos centros, valoradas por los jóvenes en tratamiento.

3 MARCO TEÓRICO.

3.1 Fenomenología

Epistemológicamente esta investigación se asentará en una mirada fenomenológica de la realidad. Siguiendo a Husserl, surge la necesidad de ir directamente a las cosas tal como se presentan, como son, más allá de teorías o paradigmas que pudiesen nublar nuestra comprensión.

Como adultos ya traemos una forma de ver, de intervenir, hemos sido formados y educados a través de paradigmas, modelos y teorías muchas veces incuestionables, el esfuerzo es avanzar a poner en cuestión lo dado desde el mundo adulto a la comprensión y abordaje de los temas de delincuencia y drogas y poner el acento en lo que dicen los protagonistas: adolescentes, vulnerados, pobres, desviados, delincuentes, drogadictos.

Se hará un ejercicio de empatía, en el sentido de esta, como la percepción directa e indirecta del cuerpo ajeno, suponer una conciencia ajena y lograr una percepción vivencial del otro (Husserl, 1994). La idea es lograr entender el significado que otorga el adolescente consumidor e infractor de ley al proceso terapéutico especializado en drogas, a sus experiencias con los adultos y pares, a las terapias, a los talleres y por su puesto al trato que reciben en cuanto beneficiarios de los programas.

Siguiendo la línea humanista existencial, la fenomenología busca mirar lo dado y relacionarse con ello, busca la esencia de las cosas, logrando separar el fenómeno-aparecer y la esencia-ser (Längle, 2008). Se espera comprender así lo esencial y significativo de la experiencia terapéutica para el adolescente. Hay un sentido, toda una experiencia en los adolescentes consumidores e infractores de ley que no solo debe ser abordado a través de cifras y cuestionarios, hay relatos-vivencias-experiencias que esperamos nos acerquen a la esencia del fenómeno.

“Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo” (Taylor & Bogdan, 1987, p. 23), y por lo tanto, la tarea es aprehender este proceso de interpretación. El mundo del adolescente pobre, delincuente, consumidor de

sustancias ilícitas y en algunos casos con presencia de patología dual, requiere ser comprendido desde la particular visión del afectado, su definición de mundo nos permite acercarnos a lo que por ellos es valorado en su proceso terapéutico, mundo por demás excluido, marginal y peligroso para los adultos.

En la investigación fenomenológica, según Van Manen (1990) citado por Rodríguez, Gil y García (1996), se estudia la experiencia vital, la cotidianidad, es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia, implicando transitividad e intencionalidad; se estudian las esencias, la verdadera naturaleza de los fenómenos y finalmente es la descripción de los significados vividos que los sujetos dan a la experiencia. En nuestro caso, las vivencias y la significación de estas por parte de los adolescentes en tratamiento, en la cotidianidad y la relación con los otros, en la participación en actividades terapéuticas, siendo usuarios de Programas especializados en drogas.

Para la fenomenología, el tipo de estudio ideal, serían las cuestiones de significado, explicitando la esencia de las experiencias de los actores (Rodríguez, et. al.), se sube un nivel en el análisis, hacia lo medular, no nos quedaremos en lo conductual, o solo en lo manifiesto.

“El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando” (Rodríguez, et. al. p.42). Requiere entonces un ejercicio de empatía, de ponerse en el lugar del otro, del adolescente infractor y consumidor, entendiendo las implicancias, efectos y dolores asociadas a tales rótulos.

3.2 Interaccionismo Simbólico

Dentro de la tradición fenomenológica se ha destacado el interaccionismo simbólico (Taylor y Bogdan, et. al.). Para Blumer (1982), en el interaccionismo simbólico, cobran importancia primordial los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea, y sostiene su visión en tres premisas, primero, el significado determina la acción, segundo, los significados son productos sociales que surgen durante la interacción y tercero, los actores sociales asignan significados a situaciones, personas, cosas o a sí mismos en el proceso de interpretación.

“Las personas están constantemente interpretando y definiendo a medida que pasan a través de situaciones diferentes” (Taylor, et. al. p. 25) y por lo tanto, actuarán de modos distintos en un proceso dinámico de interpretación, lo que nos lleva a precisar las coincidencias y regularidades en interpretaciones y conductas disímiles en nuestros adolescentes usuarios y sujetos de estudio.

Como teorías complementarias se utiliza al construccionismo como aportador en relación al relativismo ontológico, a una epistemología transaccional, donde el propósito de una investigación de esta naturaleza es el entendimiento y la reconstrucción, donde la hermenéutica es el paradigma de sus metodologías de investigación(Ruiz, 2007).

3.3 Visión Humanista

Se piensa al humano como ese que vive lo propiamente humano, definido como lo psíquico, y al mismo tiempo somos humanos en la realización relacional de nuestra corporalidad; mente y cuerpo en una

dinámica relacional que nos constituye (Maturana, 1991), entonces postulamos a un ser adolescente psico-corporal en relación, en permanente cambio, transitando por una de las etapas más complicadas del desarrollo y viviendo experiencias estresoras de alto impacto.

3.4 Contexto: Globalización y Neoliberalismo

Estos jóvenes delincuentes y drogadictos crecieron en un mundo globalizado, hijos de la modernidad, del consumo y la escasez.

Modernidad que se puso como tarea desde sus inicios la separación de categorías y funciones de las prácticas humanas por el estado, es decir, ahí donde había cierta libertad de trabajo, la modernidad con sus estados nacionales la restringió, la controló espacial y legalmente, y precisamente esta atomización tiene sus resultados hoy: no solidarizarse con el otro sino evitarlo, separarse de él: tal es la gran estrategia de supervivencia en las megalópolis modernas (Bauman, 1999), estrategia que en el caso de los

adolescentes del estudio los vuelve más dependientes de las drogas y de los pequeños grupos de referencia, pues drogarse es un modo de aislarse, de anesthesiarse y los grupos de pares con compromiso delictual son los pocos espacios que le han entregado un lugar, una identificación, un referente.

Beck (1998) por otro lado, nos dice que la destrucción de la naturaleza originada por la industria, con sus diversos efectos para la salud y la convivencia de los seres humanos, se caracteriza por una pérdida del pensamiento social, los efectos de la gran industria no son tema, no le llaman la atención a nadie, hasta que se convierten en un tema social, político. Claro cuando los efectos se desatan y ya no es posible desconocerlos se abordan, porque apremian, urgen, siendo la drogadicción y el tráfico uno de los grandes temas del siglo XXI.

Para el PNUD (2009) los jóvenes hoy disponen de más medios que sus padres pero al “mismo tiempo han debido formar sus identidades, sus proyectos y relaciones en un contexto más incierto y cambiante”.

En este contexto mundial y particular de amenazas, riesgo, fragilidad y consumismo viven estos jóvenes infractores de ley, sometidos, sin embargo, a una tensión primera e interior: ser adolescentes.

3.5 Adolescencia y Juventudes

La adolescencia es un concepto construido socialmente a partir de mediados del siglo XX y que transita desde una mirada crítica a una que la entiende como un período, tomando como punto de inflexión la Segunda Guerra Mundial, es decir, de ser un problema pasa a ser una oportunidad (Obiols, 1993).

Igualmente para Françoise Dolto (2004), a fines de los años '30, la adolescencia era contada por los escritores como una crisis subjetiva, uno se rebelaba contra los padres y las obligaciones de la sociedad, y al mismo tiempo soñaba con llegar a ser rápidamente un adulto para ser como ellos. Sin embargo, después de 1950, la adolescencia ya no es considerada como una crisis, sino como un estado, se institucionaliza, es un paso obligado de conciencia.

Es una oportunidad en tanto nuevo sujeto de consumo, una creación postindustrial, con necesidades específicas y ampliación de los períodos comprometidos. La adolescencia ya no es un momento, un hito a desplazar a través de ritos de paso o iniciación, ahora es una larga etapa.

Históricamente en Chile, según Salazar (2002), el concepto de juventud debe ser entendido en plural. Han habido y hay, sostiene el autor, juventudes de dos categorías: la dorada y la plebeya, la aristocrática y la popular, la de los caballeritos y la de los huachos. Diferencias arrastradas por décadas que nos sitúan frente a dos posibilidades: ser joven bien, educado, adaptado, funcional y libre de necesidades materiales o joven rebelde, desadaptado, disfuncional y necesitado materialmente, por lo tanto habría una continuidad histórica entre los gañanes, peones y huachos del siglo XIX y XX respecto a los adolescentes infractores de ley del Chile del siglo XXI.

Acorralados, perseguidos, despreciados a través de los siglos un segmento de estos jóvenes populares, pobres, delincuentes y drogadictos han optado hoy por valerse de cualquier modo, ya no buscan utopías como en los '60, ahora en las sociedades globalizadas han optado por el silencio y el consumo, no tienen propuestas de cambio, callan, y obtienen sus bienes arrebatándoselos a otros, son la bestia negra de la Juventud.

3.5.1 Adolescencia

La adolescencia será entendida como la etapa entre los 10 y los 19 años, que incluye la pubertad, donde aparecen cambios biológicos esperables, especialmente caracteres sexuales secundarios. El pensamiento se vuelve más lógico, abstracto, las relaciones familiares se vuelven más distantes en comparación al grupo de pares que adquiere mayor importancia (CONACE, 2004).

La Organización Mundial de la Salud, (2000) define a los jóvenes como las personas que se encuentran entre las edades de 10 y 24 años y a los adolescentes en el grupo de 13 a 19 años.

En general se postulan 3 períodos en la adolescencia: temprana, media y tardía con características propias en lo físico, afectivo, moral, cognitivo, interaccional (Valdivia y Condeza, et. al.).

3.5.2 Características de la adolescencia

Respecto de las particularidades cognitivas, emocionales, morales y sociales del período adolescente, a lo largo del siglo XX se plantearon las bases, así tenemos a Piaget (1980) para quien habría un tránsito desde las operaciones concretas hacia operaciones formales donde predominará el tipo de pensamiento abstracto, sin embargo, por cierto, no todos logran el tránsito, ya sea por problemas de deterioro cognitivo o deprivación sociocultural.

En cuanto a la fase social, Erickson (1972) dice que el adolescente está en la etapa V, donde la crisis la vive como la contradicción entre identidad y confusión de roles, para resolverla positivamente, siendo uno mismo y logrando fidelidad y lealtad. Los adolescentes infractores también viven esta confusión, por un lado la posibilidad de tener dinero rápido pero con grandes riesgos o una vida de obrero o empleado con trabajo precario y sin avatares o peligros.

Para Kohlberg (1992) en esta edad se camina desde la moral convencional, donde la autoridad preserva la moral, a una postconvencional,

donde el contrato social y los derechos individuales son aceptados y se adquiere conciencia de que la obediencia voluntaria se funda en principios éticos, elemento importante a la hora de enfrentarse a jóvenes que en general presentan heteroculpabilidad.

Durante la adolescencia además se deberían realizar, como tareas propias, tres procesos de duelo, los que se han dividido en tres etapas (Obiols, et. al.):

1. La negación, el sujeto rechaza la idea de la pérdida.
2. La resignación, en la que se admite la pérdida.
3. El desapego, en la que se renuncia al objeto.

El adolescente tendría que superar tres duelos para convertirse en adulto:

El duelo por el cuerpo infantil, el adolescente sufre cambios importantes en su cuerpo, que llega a sentir como ajenos, externos.

El duelo por el rol y la identidad infantiles, perder su rol infantil le obliga a renunciar a la dependencia y a aceptar responsabilidades.

El duelo por los padres de la infancia, aceptar sus debilidades, renunciar a su protección.

3.5.3 Adolescentes Infractores y consumidores de drogas

No resulta extraño ver en los noticiarios a los menores asaltando o robando de manera descarada y reincidiendo sin tapujos, así, para la PUC (2006) las tasas de reincidencia en jóvenes infractores de ley llegan al 60%. Son jóvenes que presentan un mundo particular, roban en su mayoría, tienen códigos propios, visten a la moda, marcando sus estatus con el uso de productos de renombre, escuchan música que refuerza su modo de vivir y consideran que es la única manera que tienen de sobrevivir en su población.

La pobreza y la exclusión serían las causas primeras de la delincuencia juvenil y la desviación, según la investigadora Doris Cooper (2005), especialista en el tema de delincuencia en Chile, que concluye tras entrevistar a 133 menores reclusos en penales de Santiago, Valparaíso,

Concepción y Temuco. Y agrega que mayoritariamente presentan un valor central que orienta sus conductas y que consiste en lograr obtener la identidad contracultural de “ser ladrón”, o sea, vivir del robo y ser reconocido como tal por los otros ladrones. Pero para el ejercicio de este rol se requiere respetar un conjunto de otros valores contraculturales tales como: robar sólo a los ricos y jamás a otro ladrón; actuar con valentía, creatividad y decisión utilizando armas de fuego aunque se corra el riesgo de perder la libertad o la vida; no hacer daño innecesario a las víctimas o cometer delitos sexuales; respetar el compromiso de repartir el producto de los robos; “ser caballero” y hacerse respetar por los otros jóvenes, sean o no ladrones; no recibir órdenes ni ser dominado por otros. Además, los jóvenes delincuentes y desviados tienen también internalizados valores y actitudes propios de la cultura occidental que se traslapan con los contraculturales, como ser honestos, tener sentimientos, ser buen hijo, ser buen amigo, etc.

Los adolescentes con trastornos por consumo de drogas y al mismo tiempo con causas delictivas, se caracterizan por presentar múltiples problemas psicosociales, socio-económicos, antecedentes sociales caóticos, con apoyo familiar y educación limitada, poca motivación o ambivalencia al tratamiento y antecedentes de conductas violentas (Currie, 2001).

Cada adolescente que ingresa a un programa de tratamiento lo hace presentando niveles motivacionales y patrones de consumo diferenciados. El patrón de consumo indica en qué intensidad y con qué frecuencia se produce el consumo en un adolescente, si lo hace solo o acompañado, cómo obtiene el dinero, cuáles son las sustancias primarias y secundarias del consumo, edad de inicio (MINSAL, et. al.).

Los factores de riesgo personal y familiar se disparan en estos jóvenes en comparación a la media (Valdivia, et. al.), factores definidos como cualquier conducta que pone en peligro el desarrollo psicosocial del adolescente.

3.5.4 Patología Dual

La patología psiquiátrica es también común en este tipo de adolescentes. Un paciente dual es definido como un sujeto que sufre de un problema de consumo problemático de drogas y además un trastorno perteneciente al eje I del DSM-IV (Valdivia y Condeza, et. al.).

Para Álvarez (2005), las comorbilidades o patología dual en adolescentes, se presentan mayoritariamente con trastornos de neurosis o por estrés 14%, trastornos del comportamiento 14% y trastornos de personalidad con un 71%, apareciendo las psicosis en el rango siguiente de edad (sobre 20 años).

3.6 Política de Drogas y Tratamiento

Según el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, el tratamiento en drogodependencias “es un proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, que puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible” (CONACE, et. al. p. 9).

Durante el año 2010, según la evaluación técnica realizada por CONACE (2010) y el Ministerio del Interior, se atendieron un total de 3.663

adolescentes en Programas especializados en drogas. Estos adolescentes son en su gran mayoría varones (91%).

Los programas a los que asisten los adolescentes duran de seis meses a un año, en ellos se da la vida comunitaria con otros dependientes en recuperación, asesoramiento individual y en grupo por parte de un psicólogo y técnicos en rehabilitación para prevenir recaídas, gestión de caso individual, desarrollo de capacidades para enfrentar la vida, formación y experiencia socio-laboral y seguimiento postratamiento, existiendo 44 centros a nivel nacional (CONACE, et. al.). Se cuenta con una dupla psicosocial, un terapeuta ocupacional, tres técnicos en el día y dos en el turno de noche, secretaria y manipuladora de alimentos. Los espacios son divididos en box de atención y sala de equipo, dormitorios, comedor, sala de juegos, sala de terapia grupal, cancha multiuso y áreas verdes de 50 metros cuadrados. Trabajan con un modelo de reducción del daño, con una mirada de abordaje sistémico, trabajando con las familias el consumo problemático de los adolescentes, se realiza además, un trabajo de redes y reinserción sociolaboral que vaya permitiendo al joven insertarse en un circuito que le de autonomía.

La Ley N° 20.084 (Ley Penal Juvenil, 2005) establece en su artículo N° 7 que el juez estará facultado para establecer como sanción accesoria a las sanciones penales señaladas, siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol, como medida alternativa o complementaria.

3.6.1 Modelo Comprensivo

En este sentido, el trabajo de CONACE se ha orientado al desarrollo de un modelo comprensivo, que responda a perfiles específicos de vulnerabilidad social y en particular a los requerimientos de la población adolescente infractora de ley y cuyo propósito es propender al desarrollo integral del adolescente y su plena inserción social.

Al mismo tiempo, SENAME define una propuesta de intervención con adolescentes infractores de ley penal, que se fundamenta en la concepción del delito juvenil entendido como un fenómeno complejo y multicausal. En este sentido, las formas de intervención deben considerar esta complejidad y

desarrollar estrategias que integren la multiplicidad de factores asociados, entendiendo que el delito juvenil es el resultado de variables individuales (biológicas y psicológicas), familiares, sociales (micro y macro) y culturales (CONACE, et. al.).

Este enfoque, durante el tratamiento busca el desarrollo de competencias, pone de relieve y asigna importancia a trabajar con las destrezas, fortalezas, inquietudes e intereses del propio joven en su proceso de rehabilitación (CONACE, et. al.).

Los procesos de tratamiento se dividen en etapas dinámicas que van del ingreso, a la estabilización y finalmente egreso y seguimiento, son fases individuales que no son definidas en cuanto tiempo de tratamiento, sino más bien en cuanto proceso de cambio definido por ciertos hitos o metas terapéuticas (CONACE, et. al.).

En estos programas se debe intervenir en al menos tres áreas; la salud física y mental, área del consumo de drogas y área psicosocial.

Las variables a contemplar en la evaluación del proceso terapéutico en los programas para adolescentes infractores y consumidores de drogas, según Norma Técnica 85 del MINSAL (2007) son las siguientes:

- Patrón de consumo: se refiere a si existen modificaciones en relación al tipo de sustancia, dosis y/o frecuencia de consumo, vía de administración y/o contexto de la situación de consumo.
- Situación familiar: modificaciones en el estilo relacional, o al tipo de interacción entre las personas al interior del grupo de convivencia cotidiano y significativo.
- Capacidad relacional y adaptativa: se refiere a la modificación o no de las características de la interacción interpersonal, tanto en la escuela y familia como comunidad, así como en las alternativas no violentas de resolución de conflicto, avances en el proceso de autonomía e independencia.
- Dimensión sociocultural: se refiere a la modificación o no de aspectos tales como: roles de género, tribus urbanas, relación con el delito entre otros.

- Situación de salud mental, física, sexual y reproductiva: de acuerdo a la etapa del desarrollo y al género.
- Integración social: se refiere a la modificación o no de los componentes: vida de calle, escuela, grupo de pares, comunidad, recreación y tiempo libre.

3.6.2 Motivación para el cambio

Dentro de la intervención, estos programas terapéuticos de modalidad residencial o ambulatoria, trabajan con el modelo de etapas de la motivación de Prochaska (1992) , que indica que el estado motivacional se da por fases dinámicas que inician en la pre-contemplación, cuando no se observa dificultad o problema en el consumo, para pasar luego a la contemplación, que da cuenta de ambivalencia en cuanto darse cuenta del problema, vendría entonces la preparación y paso a la acción para enfrentar el problema de drogas, hasta lograr mantener las conductas de no consumo. Se espera que se produzcan recaídas toda vez que se entiende el proceso como dinámico. El estado de motivación resulta fundamental a la hora de

evaluar el potencial de adherencia del adolescente al entrar en tratamiento. Paradójico por lo demás, cuando la principal vía de ingreso no es voluntaria, sino a través de una orden judicial. Más complicado es incluso que una vez que acepta el ingreso, debe problematizar su consumo, aun cuando no lo sienta como un problema.

3.7.3 Trabajo con familias

En cuanto al tratamiento de abuso de drogas y trabajo con familias, en estos programas prevalecen los postulados de la terapia familiar estratégica y estructural, para quienes: las personas actúan en un contexto, afectándolo y viéndose afectadas; pertenecen a una familia donde el ciclo vital y estadio evolutivo son importantes para el diagnóstico e intervención terapéutica; los síntomas son mantenidos por el sistema y mantienen al sistema; el cambio es posible si se cambia el contexto general (Stanton, 1985). El trabajo terapéutico con familias apunta a integrar y comprometer tanto al adolescente como a su núcleo, así, se apoyará a la familia por ejemplo, en resolver problemas adecuadamente, en fomentar la

comunicación eficaz, en fortalecer la identidad de la familia. Sin embargo, también puede ocurrir que se trabaje solo con el joven, por no tener familia biológica presente, entonces se apuntará a fortalecer la autonomía y sobriedad del adolescente, conectándolo y preparándolo para la inserción socio-laboral.

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Enfoque de la Investigación

En esta investigación se ha definido como pertinente un modelo de aproximación que va desde ciertos sujetos particulares hacia lo general (inductivo), en donde no son reducidos a variables, donde el objetivo es describir y comprender a los jóvenes dentro de su marco de referencia (Taylor, et. al.).

Se pretende realizar el esfuerzo de investigación tomando diversas perspectivas, con un carácter humanista y considerando a todos los jóvenes residentes en el programa como dignos de estudio. Tendrá una visión holística del contexto, no se trabajará con instrumentos estandarizados, poniendo el acento en describir las formas en que las personas “comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas” (Rodríguez, et. al.).

Por lo tanto, este será un estudio cualitativo, estudiará la vida cotidiana de estos jóvenes desde una perspectiva integral, considerándolos como un todo, logrando capturar sus percepciones a través de un profundo proceso de atención y comprensión empática (Rodríguez, et. al.).

La temática requiere de un proceso de comprensión por parte del investigador de aquellas experiencias, percepciones, vínculos terapéuticos, relaciones personales que le hablarán del éxito o fracaso del proceso de rehabilitación de drogas. La obtención de los datos, que no son medibles, cuantificables u operacionalizables matemáticamente, son de carácter cualitativo, categorial, procesal y multifacético.

Los estudios cualitativos en general representan una estrategia de elevado rendimiento en el intento de comprender e interpretar las imágenes sociales, las significaciones y los aspectos emocionales que orientan desde lo profundo los comportamientos de los actores sociales estudiados.

4.2 Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación será descriptiva, en el entendido, que busca especificar propiedades, características y representaciones de los jóvenes infractores, respecto a las experiencias facilitadoras de rehabilitación en drogas al estar en tratamiento.

Además de recolectar datos de un fenómeno o situación social (Hernández, 1991), se producirán datos descriptivos como las palabras de los jóvenes, habladas o escritas y de lo observado. La investigación descriptiva consiste en evaluar ciertas características de una situación particular, en este caso en un momento de la vida de estos jóvenes. Se describirán fenómenos, procesos, hechos sociales, intentando relacionarlos.

El tipo de diseño será no experimental, pues no se manipularán deliberadamente variables en el proceso de investigación, se observarán los fenómenos tal y como aparecen en el contexto, para posteriormente pasar al análisis. Por otro lado, los sujetos del estudio ya pertenecen a determinadas variables independientes, al ser todos adolescentes, infractores de ley, consumidores de sustancias y usuarios de programas terapéuticos

específicos, se autoseleccionan, no interfiere el azar en su elección (Hernández, et. al.).

Mediante un corte transversal se procederá a estudiar los fenómenos de la rehabilitación. Será un método transversal, un diseño de investigación que recolecta datos de un solo momento y en un tiempo único. El propósito de este método es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento determinado del tiempo en la vida de estos adolescentes.

Se utilizará un diseño transversal descriptivo, pues es un diseño que tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables, es decir, en este caso particular, el cómo las distintas experiencias terapéuticas son o no facilitadoras de la rehabilitación según los adolescentes usuarios.

4.3 Delimitación del Campo a Estudiar

A pesar de que en un estudio cualitativo el universo se va generando a lo largo de la investigación, como un proceso (Hernández, et. al.), el trazado aproximativo de la población será: jóvenes de entre 16 y 19 años, infractores de ley y residentes (entre uno y seis meses) en programas terapéuticos ambulatorio o residencial para la rehabilitación del consumo de drogas y/o alcohol, que pertenecen al primero y segundo quintil de la población y residentes en la región metropolitana.

La muestra en una investigación cualitativa es toda unidad de análisis o grupo de personas, contextos o situaciones sobre las que se recoge información, sin ser obligatoriamente representativos del universo (Hernández, et. al.).

Será una muestra flexible, no probabilística (Hernández, et. al.), es decir, dirigida por el investigador, hacia ciertos sujetos que ofrecen una gran riqueza para recolectar y analizar los datos.

La muestra corresponde a 13 jóvenes de entre 16 y 19 años, infractores de ley, consumidores problemáticos de alcohol y/o drogas, que pertenecen al 20% más pobre de la población, y que corresponden al 50% del total de jóvenes con cupo al mes, durante el año 2012, usuarios en los Programas Terapéuticos San Vicente y El Castillo, pertenecientes a Hogar de Cristo y Fundación Paréntesis, ONG que realiza labores sociales con población de alto riesgo en la Región Metropolitana en 9 programas.

Se recurre a programas ambulatorio y residencial para enriquecer la información que se obtendrá, pues en ambos programas tenemos a adolescentes infractores como usuarios, lo que además nos permitirá establecer algunas comparaciones al interior de la muestra.

Por ser un muestreo intencional no obedecerá a reglas fijas, es decir, el número de adolescentes podrá modificarse a lo largo de la investigación, de manera que por un lado puedan seleccionarse unidades de muestreo no previstas al inicio para mejorar la calidad y riqueza de la información, o interrumpir la selección de unidades cuando se entiende que se ha llegado a un punto de saturación por la cantidad de información requerida (Andréu, et. al.).

Es una muestra homogénea, pues todos los jóvenes comparten variables fundamentales para convertirse en sujetos de la investigación: edad, condición legal, consumo problemático de drogas y/o alcohol, perteneciente al 20% más pobre de la población de la región metropolitana, usuarios el año 2012 de programas terapéuticos.

Con la muestra cualitativa, a través de la reproducción de las hablas circulantes en las relaciones concretas, o, a partir de la comprensión de los discursos de los sujetos que ocupan posiciones diferenciales en las estructuras sociales, se intenta reconstruir e interpretar la dinámica de las prácticas y hablas de los sujetos dentro de su red vincular configuradora de motivaciones, discursos y opiniones. El concepto de representatividad subyacente en las muestras cualitativas implica, no la reproducción en cantidad y extensión de ciertas características poblacionales, sino la reconstrucción de las vivencias y sentidos asociados a ciertas instancias micro sociales.

La representatividad de estas muestras no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas, como valores, creencias, y motivaciones de los sujetos con respecto a un objeto o fenómeno determinado.

La muestra utilizada en esta investigación cualitativa exige al investigador ponerse en la situación que de mejor manera le permita recoger información relevante (Andréu, 2003).

4.4 Técnicas de Recolección de la Información

En vista de las exigencias y características de la investigación, se definen como técnicas de recogida de información al grupo focal (focus group) y trabajo con documentos (ficha clínica). El sentido es levantar información de las experiencias facilitadoras de rehabilitación a través de la técnica grupal y complementar los datos con información que de luces sobre las similitudes entre lo general y particular de los casos.

El denominador común de la técnica del grupo focal consiste en reunir a un grupo de personas para indagar acerca de actitudes y reacciones frente un tema (por ejemplo, un producto, un concepto, una situación problemática). Se define a los focus group como discusiones, con niveles variables de

estructuración, orientadas a un tema particular de interés o relevancia, tanto para el grupo participante como para el investigador (Juan, 2010).

El modelo clásico de focus group implica un grupo de entre seis y doce participantes, sentados en círculo, en torno a una mesa, en una sala preferentemente amplia y cómoda. Los grupos de discusión, además, cuentan con la presencia de un moderador, encargado de la interacción del grupo e ir cumpliendo con los pasos previstos para la indagación. Se busca que las preguntas sean respondidas en el marco de la interacción entre los participantes del grupo, en una dinámica donde éstos se sientan cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones. La duración promedio de un focus group es de noventa a ciento veinte minutos (Juan, et. al.).

El grupo de enfoque o también conocido como sesiones en profundidad, consiste en grupos pequeños a medianos (5 a 12 personas) que conversan informalmente acerca de un tema con un moderador, en una o varias sesiones, “algo similar a los grupos experimentales, pero sin la presencia del estímulo” (Hernández, et. al. p. 463).

En cuanto al uso de fichas clínicas, como documento es considerado una fuente de datos importante “que permiten comprender las expectativas, los supuestos, las preocupaciones y actividades” de los investigados (Taylor, et. al. p. 149). Esta información permitirá caracterizar la muestra en tanto similitudes como grupo o de acuerdo a especificidades de cada joven (sexo, edad, inicio consumo, familia, tratamientos, tipo de delito, sustancia que consume).

Se realizarán 2 focus-group con 7 y 6 jóvenes cada uno. El primer grupo de 6 jóvenes son residentes del programa San Vicente de Paul de la comuna de Padre Hurtado y el segundo grupo de 7 adolescentes son usuarios del programa ambulatorio El Castillo de la comuna de La Pintana. Cada uno en sesiones de una hora treinta minutos.

Se utilizará una tónica o temática semiestructurada (Hernández, et. al.) con la siguiente guía de tópicos:

- 1.- Experiencias en el ingreso al programa.
- 2.- Experiencias con los pares en rehabilitación.
- 3.- Experiencias con el equipo profesional.

4.- Cambios en el patrón de consumo.

5.- Evaluación de actividades.

6.- Estrategias para la gestión de riesgos usados por los adolescentes (recaídas).

4.5 Plan de Análisis de la Información

Se trabajará con los datos de los focus-group y fichas clínicas categorizando el discurso, para posteriormente abordarlo mediante análisis del discurso.

La categorización y codificación de las unidades de análisis permitirá llegar a una síntesis y reagrupamiento que transformará los discursos en unidades que permitan llegar a resultados y conclusiones (Rodríguez, et. al.).

El análisis cualitativo supondrá darle un orden a los datos, organizarlos en unidades, categorías, temas o patrones, comprender el contexto de los datos y describir experiencias personales (Rodríguez, et. al.).

Se entiende el análisis como proceso aplicado a alguna realidad que nos permite discriminar sus componentes, describir las relaciones entre tales componentes y utilizar esa primera visión conceptual del todo para llevar a cabo síntesis más adecuadas (Bunge, 1985).

El plan es obtener la información, transcribirla, categorizar la información y codificarla, triangular datos, tópicos, experiencias a partir de toda la información recogida, luego sintetizar y clasificar la información, para sistematizar finalmente los resultados del análisis.

El análisis de contenido cualitativo no solo se ha de circunscribir a la interpretación del contenido manifiesto del material analizado a partir de los textos producto de los grupos focales, sino que además debe profundizar en su contenido latente y en el contexto social donde se producen los textos y mensajes (Andréu, et. al.).

El procedimiento para el análisis del contenido se orientará por un modelo de desarrollo de categorías inductivas, pretendiendo estar tan cerca como sea posible del material textual a interpretar (Andréu, et. al.).

Este procedimiento de carácter reductivo que se mueve a través de pregunta sobre pregunta a las categorías aparecidas en los distintos segmentos del texto, hará emerger lo manifiesto y latente de los significados de las experiencias de rehabilitación de los adolescentes infractores en tratamiento. Lo principal es formular criterios de definición, que siguiendo el material textual, continua y repetidamente hasta el final, se vayan produciendo categorías que se deducen paso a paso. En un proceso de feedback estas categorías se revisan continuamente hasta obtener la categoría principal.

5 ANÁLISIS Y RESULTADOS

El material textual obtenido a través de la realización de los grupos focales y el contenido extraído a partir de las fichas clínicas permite ser reducido mediante categorías, referidas específicamente a las experiencias facilitadoras de rehabilitación en programas de drogas residenciales y ambulatorios para adolescentes infractores de ley.

Desde el texto emergido de los grupos focales se trabajó con categorías que pusieran de manifiesto las distintas dimensiones consideradas como significativas para los adolescentes: las actividades preferidas, las rechazadas, actitudes y relaciones con pares y adultos en lo positivo y negativo, los cambios en el patrón de consumo, las preferencias por la intervención grupal o individual.

Desde las fichas clínicas se obtuvo material que se clasificó en diez dimensiones que aportaran datos significativos vitales, de procesos

anteriores, demográficos, características del consumo, escolaridad, tipo de familia y delito, diagnósticos.

5.1 Análisis Focus del Programa Residencial San Vicente de Paul, ubicado en la comuna de Padre Hurtado, Región Metropolitana.

1 Ingreso al Programa

Se observa que las vías de ingreso al programa son variadas, coincidiendo con las exigencias técnicas (MINSAL, et. al.) referidas al trabajo en red, pues un programa residencial de este tipo requiere diversas vías de ingreso, desde los juzgados, hospitales de corta estadía, COSAM (Corporación de Salud Mental), desde programas ambulatorios y residenciales, por voluntad propia.

1.1 Razones para el ingreso

La principal explicación que los adolescentes dan en relación a su ingreso tiene que ver con la voluntariedad en ingresar al programa, casi sin excepción hablan de haber llegado por su propia voluntad, sin embargo, en todos los casos, (a excepción de uno) son las propias instituciones las que han ordenado o sugerido el ingreso, por lo tanto cuando se refieren a esta voluntad la enfocan más bien a no haberse resistido o arrancado o fugado frente a la orden de ingreso.

“...derivado por un seguimiento, tuve una recaída y me consiguieron un cupo” (J)

“Yo llegué por voluntad propia...” (B)

“Llegué por mi propia voluntad...quería internarme” (O)

“...yo quise un residencial, ya no quería más estar como estaba, quería cambiar para estar más con mi hijo, para que tengan confianza en mí.” (F)

“Llegué solo, por el juzgado.” (M)

“Vine por mi voluntad...” (W)

1.2 Instituciones derivadoras

Los adolescentes llegan desde cualquier comuna de Santiago, desde programas especializados en drogas, de programas ambulatorios, desde el juzgado o el hospital. El dispositivo sanitario-jurídico funciona de acuerdo a los objetivos trazados, en términos de la oferta que estos programas ponen a disposición de tal circuito.

“Llegué de Mises por una Causa, derivado por un seguimiento...” (J)

“...desde el Programa Solidaridad de Renca” (O)

“Llegué por medio de Caleta Sur... (F)

“Llegué solo, por el juzgado” (M)

“...me trajeron de la UDAC...” (Unidad de Desintoxicación, Hospital Horwitz),
(W).

2 Experiencias con los pares en rehabilitación

Los adolescentes aprecian las experiencias junto a sus compañeros y las agrupan en tres: primero la posibilidad de hablar, compartir experiencias, darse apoyo, recibir consejo, segundo, lo referido a las relaciones en cuanto a compartir, tener buenas relaciones, ayudarse en lo cotidiano y tercero una estrategia concreta frente a la abstinencia facilitada por los pares.

2.1 Hablar, aconsejar

Para los adolescentes, poder hablar con sus pares en momentos críticos de abandono, los ha mantenido en el programa, valoran también el consejo oportuno y la posibilidad de compartir experiencias para darse fuerza y mantenerse en proceso.

“...cuando me iba a ir me hablaron, me retuvieron, me sirvió,” (M)

“...me han aconsejado” (W)

“Lo bueno es que me han aconsejado...” (J)

“...me han aconsejado...” (F)

2.2 Ayudar, compartir, estar acompañado

Los usuarios del programa reconocen la ayuda prestada por sus compañeros, valoran el compartir lo cotidiano, el estar acompañado por otros que sufren los mismos problemas, que tienen las mismas carencias y desafíos (la abstinencia, el abandono, las recaídas).

“Y si estás solo no vas a saber qué hacer...es un buen paso al ayudarse uno a otro” (J)

“Me han ayudado los cabros...” (M)

“Me han ayudado cuando me quería ir,,,” (W)

“Hemos compartido...” (F)

“...cuando estoy mal me apoyan” (J)

“Puras buenas experiencias en el grupo que se armó, ha sido bueno, buenas relaciones, buen vivir y con eso es lo básico para el grupo y es lo que más tenemos y lo mejor que se ha dado y es un buen paso al ayudarse uno a otro, es lo mejor del proceso.” (J)

2.3 Regalos que calman la ansiedad

Los jóvenes utilizan todo tipo de sustancias para calmar la ansiedad, entre ellos carbohidratos, como dulces y galletas, además, los cigarros igualmente son usados en momentos de tensión, para “bajar las revoluciones”, para calmarse.

“...me han dado dulces y cigarros para calmarme” (M)

“...por ser cuando me quería ir, los cabros me dieron dulces, yogurt, galletas para que yo calmara la ansiedad” (O)

3 Evaluación del programa

Unánime es la evaluación positiva de los adolescentes al programa, refieren que es un espacio donde reciben educación, donde se desarrollan, adquieren habilidades sociales, ocupacionales, comunicacionales y relacionales, donde se vive un proceso de cambio; es de notar, que por unanimidad rescatan el carácter educativo del centro, significativo es también el impacto en el desarrollo y cambio que los adolescentes observan en su proceso.

3.1 Sirve para rehabilitarse

Unánime es la verificación de los adolescentes de que el programa realmente cumple con el objetivo (explícito para ellos) de ayudar a la transformación y el ajuste a la ley, cumple con habilitarlos de nuevo (si alguna vez estuvieron habilitados) en lo socio-comunitario, en lo escolar y finalmente en cambiar o dejar el consumo. Para ellos pasar de la PBC al THC, disminuir el consumo o mantenerse abstinentes, estudiar, trabajar, mejorar las relaciones interpersonales, implican la rehabilitación.

“Sirven porque enseñan a rehabilitarte” (J)

“Sirve para rehabilitarse...” (B)

“Sirve para rehabilitarse...” (O)

“Para rehabilitarse sirve” (M)

3.2 Enseñar, retomar la escuela

El programa es visto como un lugar de aprendizaje, ahí enseñan, habilitan para volver a la escuela, forman para el cambio. Significativa es la importancia dada a un espacio percibido por ellos como educativo, cuando su experiencia histórica escolar está marcada por repitencias, experiencias negativas de rechazo, violencia y por la deserción escolar temprana.

“...para retomar la escuela...” (B)

“...enseñan... es como una escuela” (M)

“...cualquiera no se da el tiempo de enseñarle a quien estuvo siempre en la calle o no tiene modales...” (J)

“...para formarse” (O)

3.3 Ser alguien en la vida

Importante es también a la hora de evaluar al programa, en el discurso de los adolescentes, el que este, potencialmente logra transformarlos como personas, produciendo su desarrollo, permitiendo y facilitando el sentirse valorados, siendo “alguien” en la vida.

“...para ser alguien...” (O)

“...para ser alguien en la vida” (F)

“...para ser alguien en la vida” (M)

3.4 Autoconocerse

Según los adolescentes, el conocerse, el ejercicio de reflexión personal que se vive en un proceso de tratamiento de drogas, (especialmente en intensidad si es residencial) los ayuda, los hace crecer como personas.

“...porque te empiezan a mostrar lo bueno que uno tiene...y uno crece como persona...” (J)

“...para reflexionar, para conocernos más...” (B)

3.5 Hacer o recuperar a la familia

El programa les permite acercarse a su familia, a la original o a la futura, es decir, es un medio para recuperar a la familia de origen luego de un distanciamiento casi terminal en la mayoría de los casos o para prepararse para construir la propia, pues entienden que en ellos algo relacional, histórico, familiar, permanece como algo amenazante.

“...para recuperar a la familia y la confianza...” (B)

“...para luego tener una familia...” (O)

3.6 Cambiar

Explicitan igualmente que gracias al programa cambian, sufren modificaciones en su vida, ya sea en cambiar el patrón de consumo, en la abstinencia total, en que modifican hábitos riesgosos de calle, delito o consumo.

“...uno quiere cambiar para salir de la adicción” (O)

“...para cambiar hábitos de calle y dejar el consumo” (F)

3.7 Integrarse

La integración al trabajo, la escuela o la comunidad es altamente valorado por los adolescentes del programa. Ven en esta posibilidad un medio concreto de mejoría en su proceso de rehabilitación.

“...aquí te buscan trabajo...” (O)

“Para ser uno más persona, para integrarse a la comunidad...” (F)

3.8 Crecimiento personal

Ayuda el programa, según los jóvenes, para hablar, para expresarse, para modular la conducta, para ser más tolerante. Según un usuario, expresado muy bien como una metáfora de la escalera y sus peldaños, donde cada objetivo trazado durante el proceso de rehabilitación, es un peldaño a subir para salir del hoyo en que se encontraban.

“...para hablar bien las cosas, es para modularse...” (M)

“Sirven caleta, nos sacan de donde estamos, uno está en el hoyo y nos ayudan poco a poco a salir, como una escalera, cada objetivo es un peldaño de la escalera...” (W)

“...solo aquí aprende la tolerancia, a comprender, a ser más tolerante, eso se aprende aquí...” (J)

4 Actividades significativas del programa que a juicio de los jóvenes los ayudaron en su proceso

Las actividades nombradas incluyen mayoritariamente el arte (taller de música, de poleras) la educación física (pin-pon, fútbol, olimpiadas) y las salidas fuera del programa, luego tenemos las actividades enfocadas principalmente a lo terapéutico (taller de reflexión, ayuda profesional, asambleas, círculos) por último se nombran el estar en proceso y el refuerzo escolar.

4.1 Actividades significativas

Las actividades significativas son variadas, van desde las salidas fuera del programa a los talleres de reflexión, música y deportes.

“Me han gustado los talleres donde hacemos las poleras, las salidas... también me ha gustado el taller de música...me ha gustado el refuerzo escolar” (W)

“Es positiva la ayuda de los profesionales...los paseos son igual súper buenos,” (J)

“También es positivo el taller de reflexión...las salidas...el jugar a la pelota, pin-pon y el estar comunicado con la tía...las salidas...también sirven los talleres de arte manual y el taller de música” (B)

“Las actividades de la Vero, sus talleres (artes y manualidades)...me han servido las asambleas” (J)

“Me ha servido salir de paseos, estar aquí, hacer poleras, pintar, todas las actividades me han servido, el taller de música, la educación física.” (M)

“Me gustan las salidas, los talleres de educación física y las manualidades...”

(O)

“Me gusta el taller de música, los deportes y el taller de reflexión...” (F)

4.2 Características de las actividades positivas

El estar al aire libre es valorado ampliamente por los adolescentes. La precisión en las actividades, entendido como estructuración y explicitación de objetivos y tiempos de trabajo. Una actividad es significativa en la medida que se hace patente su utilidad, donde se explicita la conveniencia y el por qué de tal taller o actividad terapéutica. Otro rasgo importante es la capacidad de convertirse la actividad en un espacio de acogida o contención para los jóvenes, igualmente se valora el ser escuchado, tenido en cuenta al entregar su opinión, su mirada particular de lo que ocurre.

“...donde no estamos encerrados, tenemos lugares donde ir y pasarlo bien juntos sin estar encerrados y ver partes nuevas que no hemos ido” (W)

“...me han afirmado harto, me han sabido contener y ayudado a usar herramientas que tenía guardadas y a ponerlas en juego” (J)

“...pienso en lo malo que he hecho...las salidas sacándome de la rutina, es como una madre, es un desahogo...” (B)

“...sus talleres son bien específicos, no desparrama tanto, me ayudan a conocerme a mí mismo y a ver lo que tengo yo y empezar a utilizarlo y cosas que nunca había visto en mí.” (J)

“...en el sentido de que uno da más su opinión y me siento mejor pues siento que todos somos tomados en cuenta y no por ser como antes lo miren en menos, al dar la opinión me siento bien y es agradable” (J)

“...se pasa bien, son simpáticos, sirven para distraerse y tener buena convivencia en la salida y no tener problemas, es grato salir con personas y pasarlo bien...” (J)

“porque ayuda a retomar lo que teníamos perdido...” (W)

5 Actividades del programa evaluadas negativamente

Es de notar que los círculos terapéuticos, ya sea de evaluación de estados de ánimo, expresión de sentimientos o evaluaciones de objetivos terapéuticos, que en general se realizan en grupo, son mayoritariamente evaluados de forma negativa, sin embargo, no descartan su necesidad, sino más bien las dinámicas que se dan. Por otra parte no hay coincidencias en dos o más jóvenes en relación a otra actividad evaluada negativamente, siendo las críticas explicadas más bien desde factores personales.

5.1 No me gusta

El círculo terapéutico es la actividad más rechazada, luego hay menciones más particulares respecto a las manualidades, taller de derechos humanos y el de familia.

“No me gustó el taller de ddhh...” (J)

“Los círculos...las artes manuales no me gustan” (F)

“El círculo...no me gusta el taller de familia” (O)

“El círculo...” (B)

“No me gusta...el círculo...” (M)

5.2 Características negativas

Son rechazadas las actividades que se caracterizan por la extensión en el tiempo sin tener claridad en los objetivos que se quieren alcanzar, la discontinuidad, el poco dinamismo, o como dicen los adolescentes los espacios lateros o aburridos. Rechazan también el hablar de drogas sin entender el sentido y sin aparente contención para el tema, lo que causa inquietud. Por último la desorganización atribuida a la implementación de las actividades, entendida como improvisación.

“...pues se hacía una semana y luego volvía a las tres semanas y de los cinco meses recién hoy terminó, aparte que era una lata...muy extenso e intermitente...las actividades no se han hecho tan dinámicas y no se han cambiado los talleres...no hay desarrollo... (J)

“...son lateros, porque mucho bla-bla y uno se aburre, incluso se sicosea más” (F)

“...hablan de drogas, te retan y más que nada hablan mucho de droga” (O)

“...en el taller de música no nos organizamos, se toca cualquier cosa, al puro peo...no me gusta cuando hablan de drogas...” (M)

5.3 Efectos en los jóvenes

Los efectos de participar de alguna actividad rechazada es que los adolescentes se inquietan, se frustran, no entran o abandonan las intervenciones. Gran desajuste provocan también las actitudes de desorden y agresión no contenida de los pares que se dan en los círculos terapéuticos.

“...porque me sicoseo...me frustra y no lo hago...” (F)

“...porque me sicoseo...y no quiero escuchar del tema...porque hablan de la familia y no tengo taita, mi mamá trabaja todo el día, te preguntan por tu nombre, dónde naciste...¿de algún familiar?...¿de tu papá?...y me frustré y no contesté y me salí...” (O)

“...porque de repente uno discrimina a otro y se molestan y eso me pone mal...” (B)

“...y aburren y unos chacotean, se presta pal leseo y no se aprovecha...me hierve la cabeza y quisiera que todos se callaran... (M)

“...uno se perjudica porque me desmotiva, ya no quiero entrar porque se repite...” (J)

6 Estrategias usadas por los adolescentes para enfrentar la abstinencia

Si bien los usuarios del programa ponen en juego diversas estrategias para enfrentar la abstinencia y el deseo de abandono, la mayoría no son adecuadas. En cuanto a las efectivas, tenemos el hablar con los profesionales del programa, con sus pares, también el recurrir a reductores de la ansiedad como dulces y cigarrillos. En oposición, emplean dinámicas que por retroalimentación aumentan la ansiedad, la angustia: irse a la cama, aislarse, no hablar y agredir verbalmente a jóvenes y adultos.

6.1 Irse a la cama

La reacción de irse a la cama a dormir o refugiarse es usada mayoritariamente por los adolescentes, sin embargo, reconocen lo inadecuado de tal práctica.

“Yo me refugio en la cama...” (B)

“También me refugio durmiendo...” (O)

“...si no me pescan me voy a dormir” (W)

“Me acuesto...” (M)

6.2 Aislarse

Otra posibilidad es aislarse de los pares y los adultos del programa, en una pauta que en lo relacional se priva del consejo, la escucha y el acompañamiento tan bien valorado por los mismos adolescentes.

“...me aílo, no sé...” (B)

“...me aílo” (O)

“...quedo aislado” (F)

6.3 No hablar

Ponen en práctica una actitud coherente con la de irse a la cama o aislarse, plantean que además, no hablan sus problemas con los educadores, aportando para sí más soledad y sufrimiento.

“...pocas veces comento los problemas a mis educadores” (B)

“Cuando me da ansiedad contesto mal a los adultos y a mis compañeros...no hablo con mi educador...y de repente mando todo a la cresta...” (O)

6.4 Hablar

La mitad de los jóvenes aciertan en afirmar que una estrategia usada frente a la abstinencia es buscar a un adulto y hablar, contarle lo que le pasa, desahogarse.

“Trato de hablar con los adultos...” (W)

“...hablo con un educador” (M)

“He hablado con la educadora y la psicóloga...” (B)

6.5 Comer, fumar

Por último recurren a ansiolíticos naturales como comer dulces, yogurt, azúcares en general y también recurren a la nicotina como un calmante frente a la ansiedad.

“Cuando me dan ganas fumo muchos cigarros como chimenea” (F)

“...como dulces” (B)

7 Actitudes de los profesionales rechazadas por los adolescentes

Mayoritariamente los jóvenes consideran que el equipo está en ocasiones no disponible para la atención, rechazan el que les cierren las puertas de la oficina, se quejan del trato (no ser tomados en cuenta) y la desconfianza en la relación de los adultos con ellos, sin embargo, se observa un proceso más bien ambivalente.

7.1 Trato inadecuado

Algunos usuarios se quejan del mal trato recibido, sienten que los retos y la desconfianza hacia ellos son una suerte de agresión indirecta-encubierta, que los pasaría a llevar. Ponen sobre la mesa también el tema de la inconsistencia en el trato y finalmente sienten que algunas decisiones tomadas por el equipo son muy lentas en llevarse a cabo.

“muy pacos y estrictos...ellos hablaban de respeto y no te respetaban” (F)

“...te retan...primero a mí no me gusta el trato...” (O)

“...pero si hay adultos designados debería ser más corto el trámite y hay muchas opiniones y se dilata la cosa y no es para tanto...” (J)

“Necesitan trabajar la confianza, la tienen, pero no lo suficiente...ustedes tienen su sala y uno no alcanza a entrar y ya lo están echando pa´ fuera. A veces le dicen bien y otras no, se frustra uno y contestan mal, es fome porque a uno lo pasan a llevar como persona...” (J)

7.2 Ocupados, no disponibles

Para los jóvenes del programa, algunos adultos estarían poco disponibles para la atención, solicitan ser escuchados cuando lo requieran,

que les dé un consejo un adulto, que los contenga. Concretamente piden que las puertas de la oficina del equipo permanezcan más tiempo abiertas, que no se las cierren en las narices o que los echen para afuera.

“...pocas veces comento los problemas a mis educadores, pues siempre están ocupados...y no me han pescado siempre” (B)

“...me sirve que me escuchen, que cuando tenga algo que decir no se hagan los locos y me pongan atención.” (W)

“...de repente no te toman en cuenta y dicen estamos ocupados y me cierran la puerta...estaba sicoseado y cuando quise desahogarme nadie estuvo...uno necesita también el consejo de alguien más grande” (O)

“Lo penca es que cuando uno está en abstinencia y están todos en la oficina y uno está con dolor de guata y hay que esperar para conversar con ella” (B)

“...deberían abrir más las puertas” (J)

8 Experiencias positivas con el equipo profesional

Resultan mayoritariamente significativas para los jóvenes las experiencias marcadas por el respeto, la escucha, la comprensión, el buen trato y el consejo, en menor medida pero también importantes han sido el haber sido atendidos inmediatamente, la flexibilidad, el no ser enjuiciados y la confianza con la que se les trata.

8.1 El buen trato

Reconocen como significativo el ser tratados bien, con respeto, el no ser juzgados por su pasado o por lo que son como personas, no quieren sentir de nuevo la asimetría constante a la que han sido sometidos a lo largo de su corta historia, por ser pobres, jóvenes, infractores, consumidores, desertores.

“...y aquí llevo un mes y me han tratado muy bien” (W)

“...aquí te respetan...las experiencias son todas positivas, nada que decir...”

(F)

“...igual hay buen trato, no te juzgan” (J)

8.2 Contención, desahogo

Para los adolescentes, son altamente valoradas las capacidades de contención y escucha en los adultos que trabajan en el programa. La figura materna que acoge y contiene es un lugar, un espacio y una relación donde expresar el sufrimiento, donde desahogarse.

“...me han afirmado harto, me han sabido contener y ayudado” (J)

“...tía Laura, es como una madre, es un desahogo” (B)

“Tengo sicólogo y a la Laurita...hablar...desahogarme” (O)

8.3 Consejo, escuchar, atención

El ser escuchados, el sentirse comprendidos, el ser atendidos oportunamente y recibir el consejo de un adulto son experiencias altamente valoradas por los adolescentes. Para ellos, el ser comprendidos es vital a la hora de evaluar las experiencias significativas de rehabilitación.

“Me ha servido en que me han escuchado, comprendido, me han aconsejado.” (O)

“Lo bueno es que de repente te aconsejan, te apoyan en lo bueno y en lo malo.” (B)

“Lo positivo es que me han escuchado cuando quise hablar, lo hacen al tiro...he visto a una persona y me han atendido de inmediato” (M)

8.4 Características personales valoradas

Los jóvenes ejemplifican en la figura de un educador (Mauricio) las características personales más apreciadas en el trato que se les da en el programa. La confianza, el conversar con cariño y empáticamente, aún si los está retando: la flexibilidad, y el establecimiento de límites claros son características significativas.

“...yo creo que el Mauri nos tiene confianza...enseña roles y nos conversa”

(J)

“Es más flexibilizado con nosotros...nos da más libertad...si nos reta no es en mala.” (B)

“Tiene más confianza con nosotros” (O)

9 Preferencias de los usuarios en cuanto a actividades terapéuticas individuales y/o grupales

Los adolescentes consideran que ambas intervenciones son positivas en casos particulares, no en la generalidad. Lo grupal se considera oportuno para resolver conflictos graves entre pares, para aprender, dar consejo y enseñar en la conversación con los compañeros. Lo individual se asocia al abordaje de temas personales, a cuando se está mal o cuando aún no se tiene la confianza en el grupo para exponer sus debilidades.

9.1 Ambos sirven

La mitad de los jóvenes declara que las actividades terapéuticas individuales y grupales les han servido en el proceso de rehabilitación. Reconocen la importancia de la comunicación y el aprendizaje bidireccional con los pares. Para ellos ambas posibilidades son adecuadas en las intervenciones.

“Ambos, porque uno aprende igual de los compañeros y uno también les puede enseñar.” (J)

“Yo hablo igual en individual o grupal...en lo individual y lo grupal se puede conversar con un compañero y dar consejo...” (F)

“Yo también hablo sin problemas en lo individual y en lo grupal...” (M)

9.2 Sirve más lo individual

La intervención terapéutica individual para los jóvenes es oportuna y de gran impacto cuando se tocan temas íntimos, cuando un joven está descompensado, cuando no se tiene confianza o no se quiere ver expuesto ante el grupo. Sienten que las experiencias negativas vividas, a veces, no pueden ser contadas en el grupo, no quieren verse expuestos ante sus compañeros.

“Lo individual es para tocar temas personales” (J)

“Individual me gusta más a mí y no quiero hablarle a todos en el grupo...” (B)

“...lo individual es mejor cuando la gente está mal, no se calma en un grupo, si uno se levanta mal entonces los contagia a todos...no me gusta hablar en público, me siento incómodo, no me gusta que todos sepan de mis cosas, pues he vivido muchas cosas feas...” (O)

“Solo hablo con una pura persona, no soy de conversar en el grupo.” (W)

9.3 Sirve más lo grupal

Para algunos adolescentes sirve la intervención terapéutica grupal en general, pero le otorgan importancia particular a las situaciones donde se produzca un conflicto de importancia y que amerite una rápida solución.

“...el grupal sirve más” (J)

“Y cuando hay conflicto grave, ahí sí sirve lo grupal para solucionarlo luego...” (B)

“Lo grupal es bueno” (O)

9.4 Depende

La confianza vuelve a presentarse como un tema de importancia a la hora de mostrarse y hablar de sus problemas. Las razones de la problemática también hacen la diferencia en la efectividad de una intervención.

“Depende de las confianzas” (O)

“Depende de por lo que uno se siente mal...” (B)

“Algunas veces, es que yo soy muy, muy, reservado y me cuesta comunicar, prefiero guardarlo para mí, pero cuando empiezo a hablar digo lo que siento, pero me cuesta, es raro.” (J)

“Me da lo mismo, a veces cuento todo y a veces no cuento nada” (M)

10 Cambios en el patrón de consumo

Se reconoce en todos los adolescentes un cambio en el patrón de consumo, desde la abstinencia total en un caso, al cambio de sustancias y frecuencia en la mayoría. Importante también es el hecho de estar todo el tiempo en el centro y no solo por horas, en cuanto a reconocer que el espacio debería ser un lugar libre de consumo, en que ofrece la posibilidad de ocupar el tiempo y estar protegido. Significativo es el hecho de que reconocen que por el patrón de consumo que tenían antes de llegar al programa, no es conveniente solo estar algunas horas en tratamiento y luego volver a sus casas, pues cuando estaban en un ambulatorio llegaban donde sus amigos y continuaban el consumo.

10.1 Uso de herramientas de reducción del daño

Los adolescentes han cambiado el patrón de consumo, dejando la sustancia más perjudicial o reemplazándola por otra menos adictiva (Pasta base de cocaína PBC, por marihuana THC). La utilización de recursos

cognitivos o el reconocimiento de actitudes nuevas ayudan en la gestión de riesgo frente a la vuelta al consumo o recaídas.

“...salí este fin de semana, enganché dos minas, me fumé unos pitos y nada de pasta.” (O)

“Lo positivo es que he visto cambios en el sentido del consumo, me pasó el viernes, me arrepentí y pensé en mi familia, cosa que antes no hacía.” (B)

10.2 Importancia de un proceso residencial

Es básico para los adolescentes el estar en un espacio protegido las 24 horas, pues reclaman que cuando asistían a programas ambulatorios por horas, salían y retomaban el consumo. También reconocen la importancia de permanecer en el programa para el manejo de la abstinencia las primeras semanas del proceso.

“...he cambiado la mente, porque en la calle era lo mismo, estaba en el ambulatorio de ocho a seis y luego me iba a la calle y donde los compañeros y seguía consumiendo” (O)

“Lo que no me gustó en el COSAM es que yo quería estar en el recinto todo el día, no por horas y luego ir a consumir de nuevo” (M)

“Antes había hecho proceso en San Francisco (residencial) donde iba y volvía, y aquí llevo un mes y me han tratado muy bien.” (W)

5.2 Análisis Focus del Programa Ambulatorio El Castillo, ubicado en la comuna de La Pintana, Región Metropolitana.

1 Ingreso al Programa

Se observa que el ingreso al tratamiento mayoritariamente es por vía de un amigo o familiar que estuvo en el programa y se lo recomendó, también son derivados los adolescentes al programa desde un hospital y un colegio.

Significativo es el hecho de que la muestra está terminando un ciclo de al menos 6 meses de proceso y que indica estar dispuestos a recomendar el centro a sus amistades y familiares en caso de necesitarlo.

1.1 Por amigos y familiares

El ingreso al programa ambulatorio es a través de familiares y amigos en la mayoría de los casos. La experiencia y recomendación de los cercanos los motivó para acercarse al centro y solicitar ayuda.

“...llegué por un amigo que me dijo que me podían ayudar” (A)

“llegué voluntariamente, también supe por un amigo del barrio que estuvo acá” (J)

“...los conocí por un primo y un hermano que estuvieron acá...” (C)

“...me enteré por mi hermano que estaba aquí...vine por las mías” (CJ)

“...y un amigo de chico que vive en Puente Alto venía al centro donde lo ayudaban y tenía hartos beneficios...” (A)

“Conocí el programa por mi hermana, ella asistió aquí.” (G)

1.2 Por colegio u hospital

Respecto a las instituciones derivadoras, en el caso de la muestra fue minoritaria, siendo en ambos casos una trabajadora social quien gestionó la derivación ya sea desde el hospital o desde el colegio.

“...y la asistente social del hospital me mandó para acá.” (J1)

“Llegué por la asistente social del Liceo Mariano Latorre” (D)

2. Experiencias con los pares en rehabilitación

Las expresiones de los adolescentes apuntan positiva y fundamentalmente al hecho de conocer nuevas amistades, a ser escuchados

por los compañeros, a establecer relaciones con pares, incluso a conocer y compartir con las familias de sus compañeros.

2.1 Me escucharon

Escuchar a sus compañeros es percibido como una experiencia positiva y significativa a la hora de referirse a las relaciones con los pares en rehabilitación.

“A mí lo que más me sirvió fue escuchar a los demás contando sus problemas” (A)

“Es bueno escuchar (a los compañeros) para ayudar” (JC)

2.2 Conocer amigos

Hacer nuevas amistades es un gran motivador a la hora de evaluar las experiencias con los pares. El reconocerse en el otro, en compartir las mismas experiencias favorece el establecimiento de relaciones duraderas.

“...conocer gente...que son mis mejores amigos...hay relación de amigos, conoce mi familia.” (D)

“...me gusta hacer amistad, amigos” (A)

3 Evaluación del programa

Los adolescentes nombran una serie de cambios significativos a partir de la experiencia en el programa, reconocen un impacto, un cambio, un

proceso por el que han transitado. Valoran el espacio, las actividades, cambiar el patrón de consumo.

3.1 Ayuda con la familia y el colegio

Los adolescentes valoran el programa en cuanto que les provocó un impacto, un cambio positivo en la relación familiar y en la recuperación de sus estudios.

“...entregan hartas herramientas, nos ayudan a entrar al colegio...fue el pilar fundamental en los problemas con mi mamá” (A)

“No sé...¿la ayuda?...ponerme en buena con mi familia” (J)

“...me ayudó a recuperar el estudio” (D)

3.2 Reducción del riesgo

El programa les permitió, a juicio de los jóvenes, manejar las ganas de consumir, el poder estar en un espacio protegido donde pasar las tardes y alejarse aunque sea por horas de situaciones de riesgo y el obtener herramientas para el manejo de las ganas de consumir.

“Dejan venir, los talleres” (C)

“Salir de la droga y la calle.” (J)

“Se distrae y se quitan las ganas.” (A)

3.3 Cambiar

Explicitan un cambio importante tras el paso por el programa, un cambio que impacta en varios ámbitos en el desarrollo de los adolescentes.

“He cambiado del cielo a la tierra, antes estaba en las nubes, ahora estoy en la tierra” (D)

“Yo he cambiado mucho” (G)

4 Actividades del programa que a juicio de los jóvenes los ayudaron en su proceso

Resaltan las actividades fuera del programa, las actividades deportivas, los talleres psicoeducativos y terapéuticos. Importan las instancias de encuentro donde se intercambia con otros centros. Las

actividades mencionadas por los jóvenes son precisamente las más estructuradas, con objetivos, tiempos y encuadre explícito.

4.1 Salir del programa

Son altamente valoradas por los adolescentes las actividades que se realizan fuera del programa, ya sea recreacional, educativo, deportivo, por trabajo comunitario o por encuentros con otros centros y programas.

“Cuando fuimos a hacer mosaico al jardín” (C)

“Cuando fuimos al parque...las olimpiadas...me gustó participar con otros centros...” (A)

“Cuando hemos ido al cine o a la cordillera” (G)

4.2 Talleres de etología, consumo y reflexión

Los talleres de conducta animal, de relajación y autoconocimiento y de prevención de consumo y recaídas son los talleres más significativos para los adolescentes al evaluar las actividades.

“...me gustaba el taller de animales (A)

“El taller de etología” (JC)

“Me encantaba el taller...acerca del consumo” (D)

“...la expresión de emociones...me gustaba la relajación” (G)

5 Actividades del programa evaluadas negativamente

Es significativo que la evaluación negativa de las actividades no arroje coincidencias entre las opiniones de los adolescentes. Critican ciertos estilos personales más que los objetivos, plazos, tiempos o estructuras de las actividades.

5.1 Actividades rechazadas

Los adolescentes rechazan individualmente algunas actividades, sin aparecer coincidencias en la evaluación. Rechazan la atención psiquiátrica, el taller de sexualidad y las clases de reforzamiento, es de notar que en las actividades rechazadas las razones aducidas tienen que ver con quien las daba más que con los contenidos u objetivos de las actividades.

“No me gustó nunca entrar con el psiquiatra...” (C)

“No me gustaba el taller de la Leyla, el de sexualidad.” (A)

“Al principio no me gustaban las clases del profe...” (JC)

5.2 Motivos de la evaluación negativa

Evalúan negativamente algunas actividades por ser fomes, porque no eran tratados con respeto, porque no los motivaba, porque quien estaba a cargo no lograba explicarse adecuadamente, porque no respondían con buena disposición las dudas, porque se sentían intimidados por la actitud del adulto profesional, porque no entendían lo que se trataba en el espacio.

“...nos daba sueño. Si no te callabas no ibas a paseo...no ponía atención y me aburría” (JC)

“Hablábamos y nos gritaba, se molestaba y nos frustraba...no explicaba bien...explicaba y no se le entendía” (A)

“Era como profe antigua...se enojaba si no se le entendía o se le preguntaba” (J)

“...tampoco me gustaba que me mirara y no dijera lo que pensaba” (C)

6 Estrategias usadas por los adolescentes para enfrentar la abstinencia

Las estrategias se relacionan con herramientas adquiridas en el programa en tres niveles; primero, reconocen la importancia de los talleres de recaída y consumo en tanto entregan información adecuada de los efectos e indicadores a tener en cuenta a la hora de enfrentar el consumo de sustancias, segundo, aprecian los espacios libres de drogas en cuanto distracción para enfrentar el deseo de consumo y tercero la utilización del tiempo libre es valorado como una buena técnica para enfrentar la abstinencia y el deseo de consumo.

6.1 Herramientas aprendidas

A juicio de los adolescentes, los talleres de consumo y prevención de recaídas, entregaban las herramientas necesarias para saber acerca de las drogas y sus efectos, para despejarse, para modificar el consumo.

“...daba la teoría de lo que día a día pasa con la droga, me encantaba porque quedaba en la mente” (D)

“...cuando le hablan lo despejan...cambié el consumo de drogas...aquí uno no se acuerda del consumo, cuando le hablan lo despejan...” (A)

6.2 Uso del tiempo

El uso adecuado del tiempo libre, asistiendo al centro y participando de las actividades o teniendo cosas que hacer durante el día; las posibilidades para incurrir en conductas ligadas al consumir se reducen.

“...se distrae y se quitan las ganas...aquí no era lo mismo que estar afuera. “
(A)

“El año pasado en las mañanas dormía y en la noche carreteaba todos los días, ahora en la mañana estudio, luego bailo, en la noche me queda menos tiempo...” (D)

7 Actitudes de los profesionales rechazadas por los adolescentes

Los adolescentes rechazan las actitudes agresivas por parte de algunos de los profesionales; los gritos, castigos, también desapruban la mala disposición, la injusticia en la toma de decisiones, la falta de afecto. Es necesario recalcar que lo referido no se centra en una sola persona, sino más bien a lo sucedido en ocasiones durante el proceso de rehabilitación.

7.1 Sentirse agredido

Para los adolescentes del programa, los gritos, los castigos, el enojo en los adultos, los frustra, provoca inquietud y rechazo, presentándose esta evaluación, en particular, sobre la psicóloga del programa.

“...nos gritaba, se molestaba y nos frustraba... no explicaba bien” (A)

“Me castigaban cuando molestaba o hablaba, me echaban para afuera... pedir atención y no mandar pa’ fuera al tiro...se enojaba si no se le entendía o se le preguntaba” (J)

7.2 Injusticia, rigidez, poco afectivos

La rigidez e injusticia en algunas decisiones tomadas por el equipo causan estragos en los adolescentes que no se sienten responsables de los hechos o situaciones provocadas, se frustran, se violentan. Dice un joven

que le faltaría afecto al equipo, si bien son respetuosos, se pregunta si solo son formalidades, protocolo y no verdadero cariño y preocupación. Para Winnicott (1991) “en toda actividad relativa al cuidado de los seres humanos, lo que se precisa son individuos con originalidad y un hondo sentido de la responsabilidad”.

“Si alguien robaba algo se hablaba después pero se paqueaba una salida por uno a todo el grupo...” (G)

“...aquí han sido a lo mejor un poco rígidos, no tan afectivos como en otros procesos...tienen la solución pero no el cariño, sí el respeto, solo el protocolo, falta afecto.” (G)

8 Experiencias positivas con el equipo profesional

Las experiencias significativas para los adolescentes en la relación con los profesionales están dadas por reconocer un aprendizaje, por el apoyo y la escucha durante el proceso. También se valoran las expresiones de cariño, la cercanía y el sentir que se preocupan de ellos.

8.1 Escucha y apoyo

El ser escuchados, el sentirse apoyados y el recibir consejos de los adultos son experiencias que son vistas como importantes o significativas por los adolescentes en su proceso de rehabilitación. El saludo, ese gesto tan básico, y la incondicionalidad en la ayuda son vistos como claves en algunas experiencias nombradas por los adolescentes.

“...me sirvió que me escuchara” (A)

“El apoyo” (C)

“...me dieron ayuda incondicional” (J1)

“...me saluda, me ayudaba” (G)

“...fue mi pie de apoyo...” (D)

8.2 Enseñanza

Hay experiencias que son caracterizadas como educativas por los adolescentes y que son apreciadas, reconocen un aprendizaje durante el proceso, haber aprendido la tolerancia y mejorado la comunicación, objetivos más bien asociados a metas curriculares transversales del sistema educativo.

“...me enseñaron hartas cosas.” (CJ)

“...me enseñó la tolerancia, el respeto...” (J1)

“Me ayudaron a expresarme con la gente.” (CJ)

8.3 Cariño, confianza, amabilidad

Los gestos de cariño, el acompañamiento (visitas domiciliarias) y la confiabilidad son características importantes para los adolescentes en sus experiencias significativas de rehabilitación.

“...ella me abrazaba y me decía te quiero...me hacía sentir tan querido, acompañado...me hacía sentir que verdaderamente podía yo hacerlo.” (G)

“...porque es una persona que se da a confiar...” (D)

“...siempre visita las casas, habla con los abuelos y si tengo un problema entenderá...es agradable como nos recibió, con respeto, amable” (A)

8.4 Características personales

Para los adolescentes las características personales de los adultos deben estar marcadas por el carisma, la facilidad y dominio para expresarse o explicar lo que quieren decir de tantas maneras como cada joven requiera, importa la coherencia entre el decir y el actuar en los adultos a la hora de elegir modelos significativos.

“...explicaba bien el desarrollo... explicaba muy bien lo que quería explicar, bueno quedaba claro a la perfección.” (A)

“Si te dan buen fundamento o tienen carisma te convencen.” (D)

“Importa no solo lo que dice sino que como lo dice...me mostró el cuestionarse las cosas...nos marcan ciertos adultos porque son lo que queremos” (J1)

9 Preferencias de los usuarios en cuanto a actividades terapéuticas individuales y/o grupales

Según los usuarios del programa, las actividades individuales y grupales sirven para los fines terapéuticos, pero lo más personal, íntimo y familiar si aun no hay la suficiente confianza, se deja para lo individual. En cuanto a lo grupal las razones apuntan a la generación de confianza con los pares, al control, el respeto y la tolerancia, aunque predominan los argumentos a favor de las intervenciones entre un adulto y un adolescente.

9.1 Ambas sirven

“A mí no me importa lo que diga, yo digo lo mismo en grupo que individualmente...” (G)

9.2 Sirve más lo individual

Lo individual es apropiado para lo íntimo, lo personal, donde el joven se pueda desahogar sin exponerse al grupo, a mostrarse débil en un ambiente donde la agresión es la norma y no la excepción. Les preocupa que sus cosas, sus problemas, queden expuestos y que puedan mal usarse en algún momento por otro joven.

“... hablar de la familia más íntima es individual” (C)

“Si son problemas personales tal vez mejor estar solo, cuando se llega a la familia entonces eso es privado, es como tener un mínimo de respeto. Todos tienen que tener un espacio para desahogarse.” (A)

“Depende, si no lo conocís un poco no puedo hablar de la familia.” (JC)

“Prefiero lo individual porque uno puede decir las cosas de corazón sin importar que luego se divulguen afuera” (D)

“Yo prefiero lo individual demasiado porque creo que se relaciona con el proceso...” (J1)

“...pero individualmente digo más de corazón, de repente en grupo no encuentro las palabras” (G)

“...las terapias grupales no me gustan tanto, en la individual soy más directo, pues a los demás en grupo ¿qué les importa lo que me pasa a mí?, después puede ser mal usado y no todos son ángeles y alguien puede mal interpretar o dar un mal sentido a lo que uno dice” (J1)

9.3 Sirve más lo grupal

Se nombran las intervenciones grupales por algunos adolescentes apuntando a que los espacios grupales generan confianza, establecen lazos entre los jóvenes, por lo tanto, el efecto es más bien relacional, un inductor de la cohesión grupal.

“Yo creo que grupal...en grupo se conoce cómo es la otra persona...” (JC)

“Yo prefiero en grupo” (C)

“En el grupo se conoce a la gente” (A)

“Hay cosas que me molestan y en grupo aprendí a controlarme, a respetar... sin desmerecer lo grupal pues ahí entendí la tolerancia....” (J1)

“A mí lo que más me sirvió fue escuchar a los demás contando sus problemas...si te lo cuentan te da más ánimo, pues siempre puede ser peor y te da más fuerza...ahí uno se conoce mejor.” (A)

10 Cambios en el patrón de consumo

Los adolescentes explican en términos concretos como han cambiado el patrón de consumo, desde una mirada de reducción de riesgo, las estrategias utilizadas por los jóvenes son adecuadas y apuntan precisamente a reducir los efectos asociados al consumo y a conductas riesgosas.

10.1 Reducción del daño o cambio de sustancia

El cambio en el patrón de consumo lo explicitan los jóvenes como una disminución en la cantidad de alcohol consumido, el beber más líquidos y comer cuando se bebe alcohol, o el cambio en el uso de algunas sustancias disminuyendo los riesgos asociados al consumo. Y finalmente hay jóvenes que dejaron el consumo de sustancias de gran poder adictivo como la PBC.

“Me explicaron qué era disminuir el consumo y bajé de 100 a 4 los tragos y entre medio comiendo también... la primera vez que estuve sobrio toda la noche fue bacán...a veces me paso del límite, pero tomo mucho agua y como y estoy bien en la noche.” (J1)

“Cuando llegué consumía cocaína, que no me gustaba tanto, y marihuana, luego dejé la falopa. Le hago solo al copete...” (JC)

“Y el consumo ha disminuido bastante, una vez a las mil me fumo un pito y no me gusta, pero compartiendo con amigos...ya no fumo pasta, ya no lo soportaría, sería una humillación” (G)

5.3 PRESENTACIÓN RESULTADOS DE FICHAS CLÍNICAS

De acuerdo a la información obtenida desde las fichas clínicas, previa selección de antecedentes relevantes, se han definido diez categorías para analizar al interior de cada grupo de adolescentes y así caracterizar la muestra.

Programa Terapéutico Residencial San Vicente de Paul (6 sujetos)

1 Edad y Sexo

Todos los usuarios del programa son varones y en promedio los adolescentes tienen 17,6 años lo que los ubica en la etapa tardía de la adolescencia.

Edad de los adolescentes residentes del Programa San Vicente de Paul

Edad en años	Casos
17	3
18	2
19	1
Promedio: 17,6 años	

Sexo de los adolescentes residentes del Programa San Vicente de Paul

SEXO	Masculino	Femenino
	6	0
Total	6	0

2 Comuna

Las comunas de las que provienen los adolescentes corresponden a comunas con bajos índices de desarrollo humano, pertenecientes al sector sur, norte y centro de la capital.

Comunas de origen adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Comuna	Casos	Índice Desarrollo Humano
San Bernardo	1	0.731
Cerro Navia	1	0.695
Renca	2	0.706
Quinta Normal	1	0.726
San Miguel	1	0.776

3 Familia

Todos los adolescentes viven solo con uno de los padres biológicos (familia monoparental), también se presenta un caso en que el joven vive con el abuelo. Todas las familias presentan disfuncionalidad del sistema, rigidez, pautas relacionales sin límites, difusas, violencia, consumo de sustancias, socialización en el delito, caracterizándose como familias multiconsultantes.

Tipología familiar de adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Tipo de familia	Casos	Porcentaje
Padres separados	5	83 %
Madre o padre ausente	4	66 %
Violencia Intrafamiliar	4	66 %
Consumo padre o madre	3	50 %

4 Educación

Los adolescentes presentan en promedio 4,7 años de desfase escolar.

Ninguno ha concluido su educación media.

Último curso aprobado de adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul, en relación a la edad y años de desfase escolar según lo esperado para su edad.

Edad	Escolaridad	Años de desfase escolar
17	5° básico	7
17	5° básico	7
17	8° básico	5
18	8° básico	4
18	2° medio	3
19	8° básico	6

5 Inicio del consumo

En promedio los usuarios del programa han iniciado su consumo a la edad de 12 años. Siendo este un indicador central para el pronóstico de un tratamiento.

Edad de inicio del consumo en adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Edad de inicio consumo (años)	Casos
9	2
12	1
13	1
14	1
15	1
Promedio: 12 años	

6 Diagnóstico psiquiátrico

La mitad de los jóvenes presenta un trastorno mental asociado en el eje I del DSM IV al trastorno dependiente de consumo de drogas, lo que los ubicaría en la categoría de pacientes duales. La otra mitad presenta trastornos de personalidad, como trastorno más recurrente en el eje II. En cuanto al eje IV la disfunción familiar, la VIF y la situación de calle son las más frecuentes.

Diagnóstico psiquiátrico de adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Diagnóstico psiquiátrico	Casos
Consumo dependiente	6
Trastorno de personalidad	6
Disfunción familiar	4

7 Figura significativa

La ficha de ingreso consigna que figura adulta acompaña al adolescente y cuál para él resulta finalmente como apoderado o acompañante del proceso terapéutico.

En cuatro casos la figura que aparece como más significativa es la madre, en un caso el padre y en otra el abuelo. A pesar de contar todos con algún familiar en su proceso, en la mayoría de los casos el apoyo es más bien simbólico, no haciéndose cargo de asistir al programa como está acordado desde el inicio del proceso.

Figura significativa según adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Figura significativa	Casos	Porcentaje
Madre	4	66 %
Padre	1	17 %
Abuelo	1	17 %
		100 %

8 Delito

Todos los adolescentes están procesados por delitos contra la propiedad, como robos y receptación.

Delito cometido por adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Tipo de delito	Casos	Porcentaje
Robo	5	83 %
Receptación	1	17 %
		100 %

9 Derivación

Se presentan seis vías distintas de derivación para llegar al programa; voluntariamente y desde el sistema de salud, por tribunales y a través de programas ambulatorios y residenciales.

Institución que deriva a los adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Institución	Casos
Programa residencial	1
Hospital	1
Juzgado	1
Programa Calle	1
Programa ambulatorio	1
CESFAM	1
Total	6

10 Procesos anteriores

La totalidad de los adolescentes han vivido procesos anteriores, la mitad ya han estado en otros programas residenciales por situación de calle o por consumo dependiente de sustancias. En promedio han estado 2,5 veces en procesos anteriormente.

Número de procesos terapéuticos previos realizados por los adolescentes usuarios del Programa San Vicente de Paul

Procesos anteriores	Casos
4	1
3	2
2	2
1	1
Total	6

Análisis Programa Ambulatorio El Castillo (7 sujetos)

1 Edad y Sexo

Los usuarios del programa son 5 hombres y 2 mujeres. En promedio los adolescentes tienen 17,5 años lo que los ubica en la etapa tardía de la adolescencia.

Edad de los adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

Edad en años	Casos
16	2
17	1
18	2
19	2
Promedio: 17,5 años	

Sexo de adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

SEXO	Masculino	Femenino
	5	2
Porcentajes	71 %	29 %

2 Comuna

Las comunas de las que provienen los adolescentes corresponden a comunas con grandes índices de vulnerabilidad, pertenecientes al sector sur de Santiago, particularmente de La Pintana.

Comunas de origen adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo

Comuna	Casos	Índice Desarrollo Humano
La Pintana	4	0.704
San Ramón	2	0.711
Puente Alto	1	0.751

3 Familia

La mayoría de los adolescentes (4) viven con ambos padres (familia biparental), en los otros casos (3) hay un progenitor ausente desde temprana edad. Casi la mitad de las familias presentan Violencia Intrafamiliar VIF, es recurrente el consumo de uno o ambos padres y el compromiso delictual. Todas las familias presentan disfuncionalidad del sistema, caracterizándose como familias multiconsultantes.

Tipología familiar de adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

Tipo de familia	Casos	Porcentaje
Violencia Intrafamiliar	3	43 %
Familia biparental	4	57 %
Familia monoparental	3	43%
Consumo otro familiar	4	57 %
Compromiso delictual	2	29 %

4 Educación

Los adolescentes presentan en promedio 2,1 años de desfase escolar.

Ninguno ha concluido su educación media.

Último curso aprobado de adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo, en relación a la edad y años de desfase escolar según lo esperado para su edad.

Edad	Escolaridad	Años de desfase escolar
16	<i>1° medio</i>	2
16	1° medio	2
17	3° medio	1
18	8° básico	5
18	3° medio	2
19	6° básico	8
19	8° básico	6

5 Inicio del consumo

En promedio los usuarios del programa han iniciado su consumo a la edad de 14 años.

Edad de inicio del consumo en adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

Edad de inicio consumo (años)	Casos
12	1
13	1
14	2
15	3
Promedio: 14 años	

6 Diagnóstico psiquiátrico

Solo tres de los jóvenes presentan un trastorno mental asociado en el eje I del DSM IV al trastorno problemático de consumo de drogas, lo que los ubicaría en la categoría de pacientes duales. En tres casos hay presencia de trastornos de personalidad o retardo mental, como trastornos más recurrentes en el eje II. En cuanto al eje IV la disfunción familiar, la violencia

intrafamiliar VIF, el consumo de uno o ambos padres y la ausencia temprana constituyen los estresores más recurrentes.

Diagnóstico psiquiátrico de adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

Diagnóstico psiquiátrico	Casos	Porcentaje
Depresión mayor	2	29 %
Consumo problemático	7	100 %
Trastorno de personalidad	2	29 %
Violencia Intrafamiliar	3	43 %

7 Figura significativa

La ficha de ingreso consigna que figura adulta acompaña al adolescente y cuál para él resulta finalmente como apoderado o acompañante del proceso terapéutico.

En seis casos la figura que aparece como más significativa es la madre, en un caso fue una amiga (50 años). A pesar de contar todos con algún familiar en su proceso, en la mayoría de los casos el apoyo es más bien simbólico, faltando de manera frecuente a las responsabilidades como apoderado en el proceso.

Figura significativa según adolescentes usuarios del Programa El Castillo

Figura significativa	Casos	Porcentaje
Madre	6	86 %
Amiga	1	14 %

8 Delito

Todos los adolescentes están procesados por delitos contra la propiedad (robos).

Delito cometido por adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

Tipo de delito	Casos	Porcentaje
Robo	7	100 %

9 Derivación

Se presentan seis vías distintas de derivación para llegar al programa y solo 1 voluntario, llegan desde el sistema de salud, por tribunales y desde instituciones escolares y de protección.

Institución que deriva a los adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

Institución	Casos
Oficina Protección de Derechos OPD	1
Hospital	1
Juzgado	2
Colegio	1
Voluntario	1
CESFAM	1
Total	7

10 Procesos anteriores

El 28 % de los adolescentes (2) no presenta tratamiento previo. El 72 % ya ha sido usuario anteriormente de algún programa de drogas en instituciones ligadas a salud o protección de derechos. En promedio han hecho 1,2 procesos anteriores.

Número de procesos terapéuticos previos realizados por los adolescentes usuarios del Programa Ambulatorio El Castillo.

Procesos anteriores	Casos
0	2
1	2
2	2
3	1
<hr/> Promedio: 1,2 procesos anteriores <hr/>	

**RESUMEN DE FICHAS CLÍNICAS DE LOS ADOLESCENTES DEL
PROGRAMA TERAPÉUTICO AMBULATORIO EL CASTILLO.**

Nombre	edad	Comuna	Familia	educación	inicio consumo
James	18	La Pintana	familia biparental	3° medio	14 años, oh
(J1)			vif, familia delinque		benzod.
Carolina	18	La Pintana	padres separados	8° básico	15 años, thc, pbc
©			un hijo (2 años)		
			madre ausente		
			padre pbc		
Juan Carlos	16	La Pintana	familia biparental	1° medio	14 thc, oh
(JC)			consumo de hermanos		
Allans	19	San Ramón	madre comercio sexual	8° básico	15 años thc
(A)			vif, padre ausente		
Dayana	16	La Pintana	familia biparental	1° medio	13 años, thc,
(D)			consumo thc padre,		Oh
			Madre		
Gregorio	17	Puente Alto	padres separados	3° medio	12 años pbc
(G)			padre preso		
Jaime	19	San Ramón	familia biparental	6° básico	15 años coc, thc
(J)			vif, consumo oh padre		Oh

Nombre	diagnóstico psiquiát.	Figura signif.	delito	observaciones	Derivado	procesos anteriores
James	depresión mayor	Madre	robo	cond. autolítica	Hospital	Sótero del Río
(J1)	consumo problemático					Cosam
Carolina	person. Antisocial	Amiga	robo	autoagresiones	Juzgado	Opción
©	consumo problemático					OPD
Juan Carlos	consumo problemático	Madre	robo		Juzgado	Los Morros
(JC)	trastorno control imp.					
Allans	consumo problemático	Madre	robo	ideación suicida	OPD	OPD
(A)						
Dayana	consumo problemático	Madre	robo		Colegio	
(D)						
Gregorio	depresión mayor	Madre	robo	cond. Autolítica	Cesfam	Cesfam
(G)	rasgos pers. Narcisista					San Vicente
	consumo problemático					El Castillo
Jaime	retardo mental leve	Madre	robo		voluntario	
(J)	consumo problemático					

**RESUMEN DE FICHAS CLÍNICAS DE LOS ADOLESCENTES DEL
PROGRAMA TERAPÉUTICO RESIDENCIAL SAN VICENTE DE PAUL.**

Nombre	Edad	Comuna	Familia	educación	inicio consumo
Juan	19	San Bernardo	padres separados	8° básico	13 años, thc, pbc
(J)			Vif		
Walter	17	Cerro Navia	Madre fallecida VIH	8° básico	9 años, thc
(W)			Padre ausente, vif		15 años, tolueno
					oh, pbc
Máximo	17	Renca	padres separados	5° básico	15 años pbc, thc
(M)			madre ausente, Alcoholismo		16 años coc
Felipe	18	San Miguel	padres separados	8° básico	12 años, thc
(F)			vif, padre ausente		16 años pbc, coc
					Frunitrazepam
Oscar	17	Renca	padres separados, vif	5° básico	9 años thc
(O)			padre ausente, Consumidor		12 años oh, pbc
Bastián	18	Quinta Normal	padres separados	2° medio	14 años , thc, oh
(B)			padre consumidor		

Nombre	diagnóstico psiq.	fig. signif.	delito	observaciones	derivado	procesos ant.
Juan	consumo dep.	madre	robo	cond. autolítica	prog. resid.	mises por una ca.
(J)	depresión mayor					San Francisco
	person. limít.					Los Morros
						Horwitz Barack
Walter	trastorno bipolar	abuelo	robo	doc	udac	San francisco
(W)	pers. Limítrofe			cond. Autolític		Don Bosco
	situación de calle					UDAC
	disfunción familiar					
	doc					
	síndr. Alc. Fetal					
Máximo	consumo dep.	padre	robo	ideación suicida	juzgado	cosam Renca
(M)	person. Neurótica					Opción
	disfunción familiar					
Felipe	consumo dep. pbc	madre	robo	asma, cardiopa	caleta sur	ACJ
(F)	trastorno person.			cond. Autolítica		CDT Pudahuel
	trast. hábitos, impuls.					caleta sur
	comp. Biosic. Severo					
	situación de calle					
Oscar	cons. Dep. polic.	madre	robo		progr. amb.	DEM
(O)	tdah					Paréntesis
	person. cluster B					
	situación de calle					
	disfunción familiar					
Bastían	consumo dep.	madre	drogas		cesfam	cesfam
(B)	person. Neurótico					
	disfunción familiar					

6 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los sujetos de estudio del primer grupo, usuarios del programa residencial San Vicente de Paul, arrojan un nivel de compromiso biopsicosocial severo, provienen de familias multiconsultantes, marcadas por estresores tempranos y en varios casos crónicos de VIF, consumo de drogas, separación de los padres (cinco de los seis jóvenes vive solo con un progenitor), abandono, delincuencia y pobreza.

Presentan una edad de inicio de consumo muy precoz, en promedio a los 12 años, lo que los sitúa en ese 12 % (SENDA, et. al.) de adolescentes que según el estudio de la Fiscalía Metropolitana Oriente y SENDA representan un mal pronóstico en términos de lo esperado para un inicio en el consumo tan temprano, siendo esta una variable significativa a la hora de evaluar el compromiso y el deterioro asociado a la problemática del consumo. Por otro lado, lo esperable para el grueso de los adolescentes infractores es que inicien el consumo de drogas, de acuerdo al mismo estudio, a los 13,2 años.

En cuanto al tema escolar, ninguno ha terminado su educación. En promedio presentan un retraso de 4,7 años, es decir, representan al sector más desescolarizado del universo de jóvenes infractores de ley.

Respecto al consumo, todos presentan a la llegada al programa un consumo dependiente, especialmente de Pasta Base de Cocaína PBC, y Alcohol OH, con abstinencia de moderada a severa.

Se incluyen en este cuadro las patologías mentales, presentando la mitad de los adolescentes diagnósticos psiquiátricos asociados al consumo, que los convierten en una población particular y compleja denominada patología dual.

Significativo también es que cinco de los seis adolescentes del programa residencial San Vicente de Paul hayan presentado conducta o ideación autolítica, lo que los convierte en una población en riesgo vital potencial. La mitad de los adolescentes presenta diagnósticos de trastornos de personalidad, daño orgánico cerebral y/o retardo mental.

A todo lo anterior, por supuesto, agregamos ser adolescentes e infractores de ley, de lo que resulta un grupo complejo que requiere atención especializada en abuso de sustancias, trastornos mentales, intervención socio-comunitaria y terapia familiar e individual.

Respecto de los adolescentes del programa ambulatorio El Castillo, estos presentan un nivel de compromiso biopsicosocial moderado, provienen de familias multiconsultantes, con presencia de estresores tempranos y en algunos casos crónicos de VIF, consumo, separación de los padres (a diferencia del primer grupo aquí la mayoría son familias biparentales, específicamente cuatro de los siete casos), abandono, delincuencia, pobreza y comercio sexual.

Presentan una edad de inicio de consumo en promedio a los 14 años, siendo esta edad más tardía que la esperada para el promedio de adolescentes infractores de ley (SENDA, et. al.) que como decíamos es de 13,2 años, lo cual se convierte en un factor de mejor pronóstico, es decir, menor daño y compromiso con conductas de consumo y riesgo asociadas.

En cuanto al tema escolar, ninguno ha terminado su educación. En promedio presentan un retraso escolar de 2,1 años, por lo tanto, representan al sector menos atrasado escolarmente respecto a lo esperado para una muestra de jóvenes infractores de ley (SENDA, et. al.).

En cuanto al consumo, todos presentan a la llegada al programa un consumo perjudicial especialmente de PBC y OH, con abstinencia de leve a moderada.

Se incluyen en esta descripción las patologías mentales, presentando menos de la mitad de los adolescentes diagnósticos psiquiátricos asociados al consumo en el eje I, resultando una baja incidencia de patología dual.

Significativo es además que solo tres adolescentes hayan presentado conducta o ideación autolítica. Tres de los adolescentes presentan diagnósticos en el eje II asociados a trastornos de personalidad o retardo mental.

Agregaremos finalmente que los adolescentes, también son infractores de ley, de lo que resulta un grupo (comparativamente con el grupo

en modalidad residencial) de baja a mediana complejidad, que requiere atención especializada en abuso de sustancias, trastornos mentales, intervención socio-comunitaria y terapia familiar e individual.

Hay una clara diferencia en las muestras estudiadas, en indicadores significativos, de acuerdo a los últimos estudios realizados con infractores de ley (SENDA, et. al.) y que se relacionan con edad de inicio de consumo, compromiso biopsicosocial, escolaridad, tipo de familia y trastornos mentales asociados. Siendo claramente el grupo en proceso residencial más complejo que el que recibe atención ambulatoria.

Este dato concuerda con un estudio de la Universidad de la Frontera (2012) que divide a los adolescentes infractores en dos categorías a saber, Delincuencia de Proceso Adolescente (DPA) y Delincuencia Persistente o Distintiva(DPD), siendo la primera situacional y transitoria y la segunda más persistente y grave en cuanto posibilidad de rehabilitación. Estas categorías se asemejan a nuestra investigación particularmente en dos variables: edad de inicio de consumo y escolaridad. Por lo tanto recomendaríamos en primer lugar focalizar preferentemente los esfuerzos en dos áreas claves para enfrentar el problema de los jóvenes delincuentes y drogadictos: Educación y Prevención del consumo.

En cuanto a lo que dicen los sujetos, coincidentemente y a pesar de las diferencias, en cuanto al perfil, los adolescentes de ambos programas reconocen y valoran estar y participar en los espacios terapéuticos, rescatan como significativo el ser escuchado, respetado, tenido en cuenta, el no ser juzgado.

El trato justo, consistente, que pone reglas y límites cariñosamente, una posición abierta, que escucha y aconseja, que acompaña, es significativo para los adolescentes a la hora de evaluar el programa de tratamiento.

Los elementos anteriores coinciden con las conclusiones (Winnicott, 1991) adelantadas en la década del 40 del siglo pasado, respecto a trabajadores encargados o custodios de población infanto-juvenil compleja, en tanto que se recomendaban como rasgos personales, la capacidad de asimilar nuevas experiencias, la naturalidad en la conducta, se apreciaba también poseer una aptitud artística, pero por sobre todo “un genuino amor” por lo que hacían.

Diremos entonces que lo más significativo y eficaz a la hora de trabajar con población infanto-juvenil compleja, hace 60 años como hoy, es el trato cariñoso, claro, que pone límites, la capacidad de empatía y el respeto genuino por la población objetivo.

Hay una gran diferencia en el discurso, motivación y reflexiones que elaboran los jóvenes acerca de su proceso, dependiendo del tiempo que se ha estado en un programa, así, los más antiguos, con un proceso de cinco meses o más, son capaces de elaborar respuestas más específicas e identifican claramente lo que para ellos ha sido significativo durante el proceso de rehabilitación. Además, se ponen en posición de entregar sugerencias que puedan mejorar la atención en los programas.

Consistentes con los estudios realizados en Chile (SENDA, et. al.) con adolescentes infractores, los datos indican que la deserción escolar temprana es un indicador de mal pronóstico a la hora de proyectar un proceso de cambio, sin embargo, concordante con los mismos estudios, los adolescentes valoran altamente el estudio y la posibilidad de incorporarse al sistema educativo en algún momento, explicitando su preocupación.

Significativo a la hora de comparar los grupos es la diferencia en la desescolarización, pues teniendo promedios de edad similares (17,5 y 17,6) el desfase escolar de los adolescentes en residencia es más del doble que de los que han asistido al programa ambulatorio (4,7 versus 2,1).

Cuando se comparan las edades de inicio de consumo también encontramos diferencias significativas, en tanto que el grupo en residencia declara en promedio inicio del consumo a los 12 años, mientras que en el grupo ambulatorio la edad de inicio es a los 14 años.

Los programas presentan gran flexibilidad a la hora de recibir derivaciones, logran captar usuarios a través de familiares o amigos que han asistido al programa y que lo recomiendan, aceptan además ingresos voluntarios, llegan desde el sistema de salud o justicia, de programas especializados en drogas o en situación de calle.

Cumplen a cabalidad con lo esperado por la norma técnica correspondiente, no existiendo vías privilegiadas o excluyentes de ingreso. Es interesante el hecho que los ingresos para el programa residencial, salvo en un caso de ingreso totalmente voluntario, fueron en su totalidad

mandatados o sugeridos desde instituciones jurídico-sanitarias, en cambio los ingresos en el ambulatorio en su mayoría fueron voluntarios, de demanda espontánea, salvo dos casos derivados desde una institución escolar y otra de salud.

Finalmente y en cuanto al compromiso biopsicosocial de los adolescentes de ambos programas, se observan diferencias en cuanto al grado de vulnerabilidad, verificándose en el grupo residencial un riesgo severo, mientras en el grupo de asistencia ambulatoria el riesgo va de leve a moderado.

Según el estudio con adolescentes infractores realizado en 2009 por la Fiscalía Regional Metropolitana Oriente y CONACE (SENDIA, et. al.) del total de entrevistados (224 sujetos) solo 27 de ellos, es decir el 12% presenta un compromiso biopsicosocial severo. En esta misma línea se encuentran los estudios realizados con población de adolescentes infractores con consumo problemático de drogas en Santos de Brasil (Farías, 2008) y Nueva León de México (Farías-García, 2009) que arrojaron altos índices de familias desestructuradas, disfuncionalidad familiar, antecedentes penales familiares, baja escolaridad y pertenecer al estrato socio-económico bajo como factores

vitales a la hora de evaluar el riesgo al que se ve sometido un adolescente con estas características.

La madre como figura significativa es reconocida por el 85% de los adolescentes del programa ambulatorio, mientras que solo un 67% de los jóvenes en programa residencial la mencionan, siendo esta figura por lejos la más importante para los adolescentes. Una madre que representa el cariño, la acogida, la contención y la nutrición y como advierten los adolescentes al referirse a una educadora de unos 50 años, una fuente o recipiente para el desahogo.

Dentro de un programa especializado en drogas, sea este residencial o ambulatorio, las actividades educativas y recreativas, los talleres, los círculos terapéuticos, en fin, la planificación y ejecución del programa en lo cotidiano, impacta en la adherencia de los usuarios y por lo tanto en su permanencia y potencialidad en cuanto tratamiento, por lo que incluirlos al caracterizar, evaluar o planificar las actividades se posibilita el mejoramiento de la intervención con los adolescentes infractores que asisten a programas especializados en drogas.

Siguiendo en la línea de identificar experiencias facilitadoras en su proceso de rehabilitación, los adolescentes indican que prefieren las salidas del programa, las visitas a lugares nuevos y entretenidos, donde se comparte con pares y adultos en un espacio marcado por el respeto, destacan al deporte como actividad física en todas sus variantes, los talleres de reflexión y relajación, artísticos, manualidades.

Declaran los adolescentes que las características de las actividades que impactan, que motivan, están marcadas por la planificación, por el dinamismo, aprecian salir del programa, tener nuevas experiencias, no sentirse encerrados.

Los talleres artísticos son entendidos como un modo de expresión, de autoconocimiento, explicitan y reconocen el aspecto psicoterapéutico de tales actividades. El taller de reflexión y relajación les ayuda en el autoconocimiento, se ven frente al espejo, proceso imprescindible en el desarrollo del proceso de rehabilitación, aprecian también los momentos de relajo y desconexión que ofrecen tales talleres.

Las experiencias significativas de rehabilitación para los adolescentes en tratamiento, involucran tanto aspectos personales del propio usuario como del especialista, las relacionales con pares y adultos y el tipo, objetivos y planeación de las actividades terapéuticas.

De acuerdo a los discursos de los adolescentes, esperan y valoran en el equipo terapéutico actitudes marcadas por el respeto, por un trato justo, donde la escucha incondicional y el consejo oportuno sean la norma y no la excepción. Les impacta positivamente a la hora de establecer vínculos, la confianza y el conocimiento por parte de los adultos de lo que verdaderamente ocurre en la intimidad de las familias o sus problemáticas individuales, pues solo en ese momento, el adolescente comienza a confiar y a sentirse seguro y protegido, abierto a recibir y pedir ayuda. La confianza se vuelve un aspecto crucial, pues solo a partir de ahí se plasma, como hace 60 años (Winnicott, et. al.), la posibilidad de soportar e iniciar un proceso que involucre al joven, que le permita mostrarse tal cual es, que comience a confiar en él.

Aprecian el compartir con sus pares, ayudarse mutuamente, ser tomados en cuenta, recibir y dar consejos, el compartir experiencias, el reflejarse en el otro, en acompañarse. El texto o discurso de los

adolescentes, en general, asigna un rol fundamental a las relaciones sociales con los pares. Al menos en el ideal, los jóvenes, esperan mantener un clima amistoso y de colaboración con sus pares. En esta dirección los adolescentes del programa residencial atribuyen a los pares el rol fundamental a la hora de enfrentar la abstinencia o las ganas de abandonar el proceso, dato no menor, teniendo en cuenta que el factor más recurrente durante el tratamiento, específicamente el primer mes, es el abandono por abstinencia o deseos de consumo.

En cuanto a las características valoradas positivamente de las actividades o intervenciones en los programas especializados en drogas estudiados, se menciona el que sean estructuradas, dinámicas, con tiempos y objetivos explícitos y no prolongados, en un clima de respeto. El saber clara y explícitamente los objetivos trazados, los tiempos de trabajo por sesión y por programa, el explicar con destreza y de manera flexible los contenidos en un ambiente de participación, el reforzar positivamente toda intervención durante las actividades y la utilización de metodologías innovadoras y participativas es lo que valoran de modo significativo los adolescentes de ambos programas.

Las actividades artísticas, según los adolescentes, los conectan con sí mismos, facilitan el autoconocimiento, permiten la expresión de sentimientos y conflictivos de manera menos invasiva, manejable, más concreta, pero impactando durante su rehabilitación.

El deporte les permite ocupar el tiempo, disfrutan de la actividad física, de ir a campeonatos, compartir con otros programas, entienden que es un ansiolítico natural; reconocen igualmente el aspecto estético, llegando incluso a montar un artesanal instrumental para realizar ejercicios de pesas.

También son capaces de evaluar aspectos negativos en sus experiencias de rehabilitación, catalogando algunas actividades o momentos de estas, como poco dinámicas, irregulares, extensas, fomes, no organizadas, en un clima de poco respeto. Rechazan la desorganización de las actividades, la incapacidad para exponer y contestar las dudas que presentan los adolescentes con claridad. Los jóvenes, por otro lado, aprecian las metodologías participativas, flexibles, respetuosas, reforzadoras continuamente de actitudes, gestos u opiniones que expresan durante las actividades, esperan ser reforzados.

De la misma manera son explícitos a la hora de describir actitudes de los adultos del programa que no les han ayudado en su proceso de rehabilitación: no ser respetados, la desconfianza, el trato inadecuado, no ser tomados en cuenta, la espera para poder conversar, el que les cierren las puertas de la oficina, el dilatar las decisiones sin razones explícitas. Demandan los adolescentes del programa residencial, mayor compromiso, una apertura del equipo para recibirlos y contenerlos en situaciones críticas y/o cotidianas. Se observan sujetos claros y directos en sus juicios, demandan lo que estiman ellos necesitar, nos hacen un llamado a escucharlos, a ponerlos en su sitio como personas, como sujetos de derechos, como los sujetos que mejor conocen lo que les pasa, los responsables directos y últimos (en términos de entrar a la etapa de acción) en su proceso de cambio y rehabilitación.

En cuanto a las estrategias que los adolescentes utilizan para enfrentar el consumo de sustancias, estas varían en cuanto a su efectividad a la hora de ser evaluadas, pues mayoritariamente buscan la soledad, se acuestan o se aíslan o agreden a los otros estableciendo un círculo relacional que los termina aislando, por el contrario, buscan ayuda, hablan con los adultos, recurren a ansiolíticos como dulces, cigarros, el deporte, reciben y buscan consejos y ser escuchados por pares y adultos.

Ahora bien, en términos comparativos, los adolescentes de ambos programas consideran que el paso por el tratamiento les ha servido, es decir, valoran la existencia de estos, a pesar de las brechas y el no ser escuchados, consideran que ha sido importante asistir a los programas. Es interesante notar cómo los usuarios nos devuelven su agradecimiento, pero al mismo tiempo nos invitan, nos emplazan a mejorar, a ver y sentirlos como sujetos que merecen respeto, confianza y calidad en la intervención.

Logran enumerar y caracterizar los espacios, los estilos personales de los profesionales que trabajan con ellos, las actividades y el trato que consideran facilitador a la hora de revisar su proceso de tratamiento. Son directos, específicos, agradecidos y conscientes de la importancia de ser escuchados y tenidos en cuenta.

Como elementos para la discusión tenemos el hecho de que si bien los adolescentes valoran los programas, esto no se refleja en la adherencia y eficacia de los tratamientos. En esta lógica hay un hecho que atenta igualmente contra el tratamiento y es que la intervención en general se realiza fuera de los contextos donde el adolescente vive, generando mayor aislamiento del joven. Si este refiere que las actividades al aire libre, recreativas, deportivas son muy valoradas, entonces habría que pensar en

llevar el programa a los territorios, acentuar el trabajo comunitario, potenciar la conectividad del joven con su territorio y las instituciones de protección y ayuda ya sean formales o informales.

Desde el humanismo uno podría asociar ciertas conductas intensas, dramáticas y terminantes de los adolescentes de la muestra y de otros jóvenes en la misma situación, con el cuadro que nos pinta Frankl (1979), al hablarnos de los presos que se lanzaban a la cerca como medio para terminar con el sufrimiento y la agonía. Las conductas suicidas en la muestra, los casos documentados de adolescentes que se lanzan a las líneas de fuego en las cárceles, la compulsión con que algunos adolescentes consumen y roban en un espiral de violencia y agresión que termina en la cárcel o el cementerio, ahí hay un modo desesperado y desesperanzado de terminar con la vorágine a la que son sometidos.

,

Para el historiador Gabriel Salazar (2006) después de revisar la historia de los niños y jóvenes populares en el siglo XIX, concluye que hoy está surgiendo un movimiento social contrapuesto al modelo neoliberal, desde el mundo de los niños y jóvenes populares, que con múltiples gestos de solidaridad y descontento expresan la rabia y la agresión dirigiéndola contra las cosas y los símbolos del mercado, en esta categoría cabrían

nuestros jóvenes, diciéndonos lo mal que lo hemos hecho como sociedad, una que tiene los más altos índices de patología mental, con peor distribución de la riqueza, con los más altos porcentajes de consumo de drogas, atomizada y atemorizada por 17 años de dictadura, por cierto, hay un tema pendiente con estos jóvenes que nos demandan una sociedad humana, justa, respetuosa, lo mismo que piden para los programas. El autor termina el texto diciendo “¿Porqué no creerles?”.

Desde aquí surgen otros temas que se podrían estudiar, por ejemplo la relación entre los programas y la reincidencia, ¿cuánto pesa el haber pasado por un dispositivo de drogas para los adolescentes infractores de ley a la hora de reincidir en el delito?, ¿si la educación es altamente valorada por estos adolescentes, porque no diseñar planes y programas teniendo en cuenta las necesidades de esta población particular?

7 BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, F. (2005). *Estudio sobre comorbilidad en drogodependientes en tratamiento en Castilla y León*. Castilla y León: Germinal.

Andréu, J. (2003). *Las Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Granada: Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Bauman, S. (1999). *La globalización, consecuencias humanas*. (2ª Edición). México: Fondo de Cultura Económica.

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. (2ª Edición). Buenos Aires: Paidós.

Blumer, H. (1982). *Interaccionismo simbólico*. España: Hora.

Bunge, M. (1985). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.

Comisión de las Comunidades Europeas. (2007). *Informe de prevención y reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia*. Bruselas.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2004). *Lineamientos Técnicos: Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago: Alvimpres.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2005). *Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes*. Santiago: Alvimpres.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2009). Octavo estudio nacional de drogas en población escolar de Chile.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2010). Evaluación Técnica Convenio CONACE, MINSAL, SENAME.

Cooper, D. (2005). *Delincuencia y Desviación Juvenil*. (1ª Edición). Santiago: LOM Editores.

Currie, J. (2001). *Prácticas óptimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas*. Ottawa: Publications Health Canadá.

Delgado, J. & Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (1ª Edición). España: Síntesis.

Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes*. (3ª Edición). Buenos Aires: Paidós.

Erikson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

Farías, M. (2008). *Adversidad familiar y problemas comportamentales entre adolescentes infractores y no infractores*. Brasil.

Frankl, V. (1979). *El Hombre en búsqueda de sentido*. (12ª Edición). Barcelona: Herder.

Farías-García, R. (2009). *Perfil biopsicosocial de adolescentes con conducta delictiva en el Estado de Nueva León*. México

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. (2ª Edición). Buenos Aires: Ediciones XXI.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. (3ª Edición). Chile: McGraw-Hill.

Husserl, E. (1994). *Problemas fundamentales de la fenomenología*. España: Lavel.

Juan, S. (2010). *El focus-group como técnica de investigación cualitativa*. Argentina: Universidad de Belgrano.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. (3ª Edición). Bilbao: Biblioteca de Psicología.

Langle, A. (2008). *La espiritualidad en psicoterapia, entre inmanencia y trascendencia en el análisis existencial*. Revista de Psicología UCLA.

Maturana, H. (1997). *El sentido de lo humano*. (9ª Edición). Chile: Dolmen.

Morín, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. España: Gedisa.

Miller, W. (1999). *Motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*. Departamento de salud y servicios humanos de EEUU.

Ministerio de Salud (2007). *Guía clínica consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años*.

Ministerio de Salud (2006). *Norma técnica N° 85 para el Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo perjudicial de alcohol y otras drogas y otros trastornos de salud mental*.

Obiols, G. (1993). *Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria*. (1ª Edición). Madrid: Editora S. A.

Piaget, J. (1980). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. (3ª Edición).

Madrid: Paidós.

Pontificia Universidad Católica de Chile (2006). *Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley*. Instituto de Sociología.

Prochaska, J. & Diclemente, C. (1992). Una investigación de cómo cambia la gente: Aplicaciones a la conducta adictiva. Madrid: Paidós.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (2009). *Desarrollo humano en Chile*. Chile: Andros.

Raymond, Q. & Luc Van, C. (1992). *Manual de investigación en ciencias sociales*. (3ª Edición). México: Limusa.

Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. (2ª Edición). Málaga: Aljibe.

Ruiz, J. (2003). *Manual básico de adicciones*. Subsecretaría de Salud Municipalidad de La Plata.

Ruiz, J. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. (4ª Edición). España: Universidad de Deusto.

Salazar, G. & Pinto, J. (2002). *Historia contemporánea de Chile V. Niñez y juventud*. (1ª Edición). Santiago: LOM.

Salazar, G. (2006). *Ser niño “huacho” en la historia de Chile (Siglo XIX)*. (2ª Edición). Santiago: LOM.

Stanton, M. & Todd, T. (1997). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. (3ª Edición). Barcelona: Gedisa.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.

Valdivia, M. & Condeza, M. (2006). *Psiquiatría del adolescente*. (2ª Edición). Santiago: Mediterráneo.

Winnicott, D. (1991). *Deprivación y delincuencia*. (2ª Edición). Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

Focus Group Programa Terapéutico Residencial San Vicente de Paul

Participantes:

Felipe (F) Oscar (O)

Walter (W) Bastián (B)

Juan (J) Máximo (M)

Sala de terapias, Programa Terapéutico Residencial San Vicente de Paul,
comuna de Padre Hurtado, 15 de Noviembre de 2012.

Hora de inicio: 10:15

Hora de término: 11:30

¿Cómo llegaron al programa, cuánto tiempo llevan en proceso?

J: Llegué de Mises por una Causa, derivado por un seguimiento, tuve una recaída y me consiguieron un cupo en san Vicente donde llevo cinco meses.

B: Yo llegué por voluntad propia, duró hasta el viernes, me fui y recaí, después volví el domingo y ahora estoy aquí, llevo en total 2 semanas.

O: Llegué por mi propia voluntad, desde el Programa Solidaridad de Renca, quería internarme, llevo casi un mes, salí este fin de semana, enganché dos minas, me fumé unos pitos y nada de pasta.

F: Llegué por medio de Caleta Sur, yo quise un residencial, ya no quería más estar como estaba, quería cambiar para estar más con mi hijo, para que tengan confianza en mí. Llevo una semana, me han dado ganas de fumar y me he resistido, lo he dicho y si me voy me lanzaré con cuática.

M: Llegué solo, por el juzgado. El viernes abandoné el programa y consumí, llevo dos semanas.

W: Vine por mi voluntad y además me trajeron de la UDAC (Unidad de Desintoxicación, Hospital Horwitz). Antes había hecho proceso en San Francisco (residencial) donde iba y volvía, y aquí llevo un mes y me han tratado muy bien.

¿Cuáles son las experiencias más importantes, lo que los ha marcado en el (los) proceso(s) de rehabilitación?, ¿Qué experiencias los marcaron positiva o negativamente?

W: Me han gustado los talleres donde hacemos las poleras, las salidas donde no estamos encerrados, tenemos lugares donde ir y pasarlo bien juntos sin estar encerrados y ver partes nuevas que no hemos ido, también me ha gustado el taller de música...

Faltan talleres de madera, manualidades, tallado en madera. La educación física de repente me gusta porque si no tengo buen ánimo no me incorporo a las actividades.

J: Lo negativo son los compañeros que no dan todo lo de ellos para hacer las cosas bien, entonces hacen cosas que no se deben y me perjudican, pasan cosas que no deberían, frustrándome, los consumos, robos de pastillas. Nos marcan, pues todos pagan los platos rotos, esta es una comunidad no.

Yo del tiempo que llevo las actividades no se han hecho tan dinámicas y no se han cambiado los talleres, van paso a paso, pero dura cada paso como tres meses, no hay desarrollo, como que se vuelve y uno se perjudica porque me desmotiva, ya no quiero entrar porque se repite en estos cinco meses...

Es positiva la ayuda de los profesionales, me han afirmado mucho, me han sabido contener y ayudado a usar herramientas que tenía guardadas y a ponerlas en juego. Me ha servido empezar a ver las cosas desde otro punto de vista: tomarle el peso a las situaciones, ser responsable, antes le daba no más, ahora levanto la cabeza y no quiero más de lo anterior...

B: Lo positivo es que he visto cambios en el sentido del consumo, me pasó el viernes, me arrepentí y pensé en mi familia, cosa que antes no hacía. También es positivo el taller de reflexión, pienso en lo malo que he hecho...las salidas sacándome de la rutina, el jugar a la pelota, pin-pon y el estar comunicado con la tía Laura, es como una madre, es un desahogo.

O: Estar aquí me ha ayudado, he cambiado la mente, porque en la calle era lo mismo, estaba en el ambulatorio de ocho a seis y luego me iba a la calle y donde los compañeros y seguía consumiendo. Tengo sicólogo y a la Laurita...hablar...desahogarme.

F: En otros procesos no lo pasé bien, eran muy pacos y estrictos, ellos hablaban de respeto y no te respetaban, aquí te respetan...me gusta el taller de reflexión porque uno no quiere cometer los mismos errores...de nuevo...

M: Lo que no me gustó en el COSAM es que yo quería estar en el recinto todo el día, no por horas y luego ir a consumir de nuevo. Me ha servido salir de paseos, estar aquí, hacer poleras, pintar, todas las actividades me han servido, el taller de música, la educación física.

¿Qué actividades les han servido en su proceso de rehabilitación?

J: Las actividades de la Vero, sus talleres son bien específicos, no desparrama tanto, me ayudan a conocerme a mí mismo y a ver lo que tengo yo y empezar a utilizarlo y cosas que nunca había visto en mí.

Me han servido las asambleas, en el sentido de que uno da más su opinión y me siento mejor pues siento que todos somos tomados en cuenta y no por ser como antes lo miren en menos, al dar la opinión me siento bien y es agradable.

Me gusta cuando hacen círculos para que los compañeros modifiquen, analicen y canalicen lo que han hecho, me gusta confrontarlos y motivarlos para que sigan aquí, quieran o no recibir...

Los paseos son igual súper buenos, se pasa bien, son simpáticos, sirven para distraerse y tener buena convivencia en la salida y no tener problemas, es grato salir con personas y pasarlo bien y no andar con cachos en los paseos.

B: Las salidas, uno se distrae, conoce mejor a la gente y lo pasa bien, también sirven los talleres de arte manual y el taller de música...

O: Me gustan las salidas, los talleres de educación física y las manualidades...

F: Me gusta el taller de música, los deportes y el taller de reflexión...

M: Me atrae la educación física, el taller de música y las salidas...

Ahora nos gustaría que se refirieran a las actividades del programa. ¿Cuáles son las que más les han gustado y cuáles no?

J: Las olimpiadas, de todos los procesos es primera vez que voy y me gustó, a pesar de que llegué tarde, la pasé bien, me distraje, comí caleta, encontrarse con compañeros de otros programas y que estén bien, me gustó mucho.

El taller de música me gusta, porque me gusta cantar y no lo demuestro pues cuando puedo lo hago. Con la música boto lo que tengo cantando y me expreso. En las manualidades soy como dejado a la vez y no los termino, pero me encantan, son buenos, uno se desplaza por lo que pinta y dibuja, expresa lo que siente, se refleja en lo que hace...

No me gustó el taller de ddhh pues se hacía una semana y luego volvía a las tres semanas y de los cinco meses recién hoy terminó, aparte que era una

lata, eran como cuarenta derechos y en cada clase solo hablábamos de dos o tres, al ir en el seis no sabías que pasaba con el primero, muy extenso e intermitente.

F: Los círculos son lateros, porque mucho bla-bla y uno se aburre, incluso se sicosea más...

Las artes manuales no me gustan porque me sicoseo al hacerlo de una manera y me frustra y no lo hago...

O: El círculo porque me sicoseo, hablan de drogas, te retan y más que nada hablan mucho de droga y no quiero escuchar del tema...no vengo a escuchar de eso, no ha que me repitan eso, a veces soy medio impulsivo, si me cae algo mal pego no más y luego pregunto, soy muy alterao y le doy no más...

No me gusta el taller de familia porque hablan de la familia y no tengo taita, mi mamá trabaja todo el día, te preguntan por tu nombre, dónde naciste...¿de algún familiar?...¿de tu papá?...y me frustré y no contesté y me salí...

B: El círculo porque de repente uno discrimina a otro y se molestan y eso me pone mal, se habla de droga y no me gusta, me gusta cuando se habla de cómo se pasó el día...

M: No me gusta cuando en el círculo hablan de drogas y aburren y unos chacotean, se presta pal leseo y no se aprovecha...me hierva la cabeza y quisiera que todos se callaran... en el taller de música no nos organizamos, se toca cualquier cosa, al puro peo...

O: Se necesita organizarse mejor, bien, con planificación y más en serio, yo le dije al Seba que no me gustaba la cumbia...

W: Me ha gustado el refuerzo escolar porque ayuda a retomar lo que teníamos perdido...sí me han ayudado, pero no sé que influye en la ayuda, me sirve que me escuchen, que cuando tenga algo que decir no se hagan los locos y me pongan atención.

¿Qué sienten que ha sido lo más efectivo, lo grupal o lo individual en su proceso? ¿Qué es lo que más les sirvió?

J: Ambos, porque uno aprende igual de los compañeros y uno también les puede enseñar. Lo individual es para tocar temas personales. Ambos sirven pero el grupal sirve más, deberían hacer terapias grupales de expresión de

sentimientos, de motivación, uno no puede expresar sus sentimientos fumando, no sirve, si se dan los tiempos se tocan los temas más a fondo...

B: Individual me gusta más a mí y no quiero hablarle a todos en el grupo, falta más atención individual. Y cuando hay conflicto grave, ahí sí sirve lo grupal para solucionarlo luego...

O: Lo grupal es bueno pero lo individual es mejor cuando la gente está mal, no se calma en un grupo, si uno se levanta mal entonces los contagia a todos...

F: Yo hablo igual en individual o grupal...

M: Yo también hablo sin problemas en lo individual y en lo grupal...

F: En lo individual y lo grupal se puede conversar con un compañero y dar consejo...

O: Depende de las confianzas.

B: Depende de por lo que uno se siente mal...

¿No les incomoda contar sus cosas en grupo?

J: Algunas veces, es que yo soy muy, muy, reservado y me cuesta comunicar, prefiero guardarlo para mí, pero cuando empiezo a hablar digo lo que siento, pero me cuesta, es raro.

O: sí porque prefiero en persona, no me gusta hablar en público, me siento incómodo, no me gusta que todos sepan de mis cosas, pues he vivido muchas cosas feas...

F: No me incomoda...

W: Solo hablo con una pura persona, no soy de conversar en el grupo.

M: Me da lo mismo, a veces cuento todo y a veces no cuento nada.

B: Me cuesta porque prefiero guardar mis problemas y me los guardo o los cuento con el educador nada más.

J: Es que igual cuando todos chacoteamos no, pero cuando no hueviamos, es que no le toman el peso al espacio. Yo chacoteo, pero si es serio la paro, si tocan algo de su vida hay que tomarle el peso a lo que le ocurre al compañero, hay que tener respeto por los que te rodean...

J: Los cambios buenos han sido madurar un poco más...la humildad al no pasar a llevar a la gente, como estoy ahora estoy mejor, pues cuando llegué había tocado fondo y ahora estoy rehaciendo mi vida, estudios, trabajo y todo lo que se me da como oportunidad para tomarlo, lo que antes no hacía...cuando llegué era más pendejo con ganas de jugar...

En cuanto a la relación con sus compañeros, ¿Han sido de ayuda?, ¿cómo evalúan las relaciones al interior del programa con sus pares?

B: Lo bueno es que me han aconsejado, cuando estoy mal me apoyan. Nos molestamos unos a otros y no nos picamos...

O: Lo hemos retado. Buena, por ser cuando me quería ir, los cabros me dieron dulces, yogurt, galletas para que yo calmara la ansiedad y no me fui y todavía estoy aquí.

F: Hemos compartido y me han aconsejado...

J: Puras buenas experiencias en el grupo que se armó, ha sido bueno, buenas relaciones, buen vivir y con eso es lo básico para el grupo y es lo

que más tenemos y lo mejor que se ha dado y es un buen paso al ayudarse uno a otro, es lo mejor del proceso.

Lo malo es que todos somos jugosos...lo pasamos bien, nos reímos, si se ve uno bajoneado lo molestamos con la mejor intención...

M: Me han ayudado los cabros, cuando me iba a ir me hablaron, me retuvieron, me sirvió, me han dado dulces y cigarros para calmarme.

J: Tenís que canalizar lo que te pasa y aprender a identificar el porqué de lo que pasa, más allá de los dulces hay que aprender a controlarse y ver lo que está pasando. Y si estás solo no vas a saber qué hacer...

B: Uno quiere irse para llamar también la atención, como el cabro chico que se fue...

F: El cabro chico va a volver, me lo dijo mi delegada...

W: Me han ayudado cuando me quería ir, me han aconsejado.

Respecto a las experiencias con los adultos del programa, ¿cuáles les han servido o perjudicado en su proceso de rehabilitación?

F: Las experiencias son todas positivas, nada que decir...

O: Primero a mí no me gusta el trato, de repente no te toman en cuenta y dicen estamos ocupados y me cierran la puerta, que salgan, necesitaba hablar con alguien y dijeron salga un rato y luego ya no quería hablar, ya no lo necesitaba...estaba sicoseado y cuando quise desahogarme nadie estuvo...uno necesita también el consejo de alguien más grande. Esto va en todo el programa.

Me ha servido en que me han escuchado, comprendido, me han aconsejado.

B: Lo bueno es que de repente te aconsejan, te apoyan en lo bueno y en lo malo. Lo penca es que cuando uno está en abstinencia y están todos en la oficina y uno está con dolor de guata y hay que esperar para conversar con ella.

M: Lo positivo es que me han escuchado cuando quise hablar, lo hacen al tiro. Cuando he golpeado no lo han hecho, no sé lo de ellos...he visto a una persona y me han atendido de inmediato.

J: Lo bueno es que igual se ha recibido hartito del equipo, yo llevo más tiempo, por la antigüedad y el proceso tengo más facilidad pues se está en

otro momento e igual hay buen trato, no te juzgan, si es volado, todos somos seres humanos y no te juzgan y es lo principal para una buena relación. En lo negativo, está bien que el equipo sea unido, pero que se dejen, llevan todo entre todos y desde mi punto de vista no va por ahí la mano, si uno pide algo y dicen que lo van a ver, pero si hay adultos designados debería ser más corto el trámite y hay muchas opiniones y se dilata la cosa y no es para tanto...

Necesitan trabajar la confianza, la tienen, pero no lo suficiente, yo me siento bien con un educador que me da la confianza a mí y uno se siente bien porque no te pasan a llevar en ese sentido. Si tiene que llevarse un lápiz hay que avisarles a todos, han pasado cosas con otros grupos y ahora somos más grandes, nos proyectamos a corto y largo plazo y el equipo debería entregar más liderazgo y más responsabilidades al grupo. Y si van a andar con la desconfianza, uno igual lo ve y sabe cuando están con el miedo por delante y deberían abrir más las puertas para estar más seguros ellos y nosotros y viceversa.

Ustedes tienen su sala y uno no alcanza a entrar y ya lo están echando pa' fuera. A veces le dicen bien y otras no, se frustra uno y contestan mal, es fome porque a uno lo pasan a llevar como persona.

B: Y uno se va a consumir...

J: Si el equipo se juntara y analizara cómo están actuando yo creo que se les movería el piso y nosotros los vemos desde afuera y nos damos cuenta, de afuera se ve mal, trabajan bien pero todos nos equivocamos.

Sería bueno que vieran el tema, dar más confianza y responsabilidades, es mejor no andar así...yo creo que el Mauri nos tiene confianza.

B: Es más flexibilizado con nosotros.

O: Tiene más confianza con nosotros.

B: Nos da más libertad.

J: Enseña roles y nos conversa.

B: Si nos reta no es en mala.

J: Todos saben que quiero estudiar para técnico y esto es una práctica y me siento bien cuando me piden que dé las pastillas a los cabros...

W: Nada que decir.

¿Qué estrategias usan cuando les dan deseos de abandonar o consumir?

B: Yo me refugio en la cama, me aísló, no sé, como dulces, pocas veces comento los problemas a mis educadores, pues siempre están ocupados, pero no me sirve de nada.

J: Lo que hace Bastián en la cama no te lleva a ningún lado y te va a llevar para afuera.

O: Cuando me da ansiedad contesto mal a los adultos y a mis compañeros. También me refugio durmiendo, no hablo con mi educador, me aísló y de repente mando todo a la cresta.

F: Cuando me dan ganas fumo muchos cigarros como chimenea, eso no más, quedo aislado.

W: Trato de hablar con los adultos y si no me pescan me voy a dormir.

M: Me acuesto o hablo con un educador.

B: He hablado con la educadora y la sicóloga y no me han pescado siempre.

¿Creen que es un programa que sirve?

J: Sirven porque enseñan a rehabilitarte, porque te empiezan a mostrar lo bueno que uno tiene y uno crece como persona...

Si no hubieran estos espacios, aunque uno por las suyas disminuyera el consumo, solo aquí aprende la tolerancia, a comprender, a ser más tolerante, eso se aprende aquí... cualquiera no se da el tiempo de enseñarle a quien estuvo siempre en la calle o no tiene modales...

B: Sirve para rehabilitarse, para reflexionar, para recuperar a la familia y la confianza, para conocernos más, para retomar la escuela...

O: Sirve para rehabilitarse, para formarse para luego tener una familia, aquí te buscan trabajo, uno quiere cambiar para salir de la adicción, para ser alguien...

F: Para ser uno más persona, para integrarse a la comunidad, para cambiar hábitos de calle y dejar el consumo, para ser alguien en la vida.

M: Para rehabilitarse sirve, para ser alguien en la vida, enseñan para hablar bien las cosas, es como una escuela, es para modularse...

W: Sirven caleta, nos sacan de donde estamos, uno está en el hoyo y nos ayudan poco a poco a salir, como una escalera, cada objetivo es un peldaño de la escalera.

Focus Group Programa Terapéutico Ambulatorio El Castillo

Allans (A)

Gregorio Silva (G)

Carolina (C)

James Leiva (J1)

Carlos Olivares (CJ)

Dayana (D)

Jaime (J)

Sala de terapias, Programa Terapéutico Ambulatorio El Castillo, comuna de La Pintana, 12 de Septiembre de 2012.

Hora de inicio: 14:15

Hora de término: 15:30

¿Cómo llegaron al programa, cuánto duró su proceso?

A: Tengo 19 años y llegué por un amigo que me dijo que me podían ayudar, el participaba en el programa anteriormente.

J: 1 año y 1 mes más o menos.

A: En enero del 2010, casi 1 año estuve.

J: Tengo 19 años, llegué voluntariamente, también supe por un amigo del barrio que estuvo acá. Estuve 1 año 2 meses.

C: Tengo 18 años, llegué en diciembre de 2010 por un problema para recuperar a mi hijo, los conocí por un primo y un hermano que estuvieron acá, llevo 10 meses más o menos en proceso.

CJ: Tengo 16 años, me enteré por mi hermano que estaba aquí...vine por las mías, por lo de las drogas, él ya no participaba, quise dejar lo que estaba consumiendo, estuve 1 año en tratamiento.

A: Nosotros, yo al menos, consumía mucha galopa y un amigo de chico que vive en Puente Alto venía al centro donde lo ayudaban y tenía hartos beneficios y me dio el dato y aquí pude lograrlo. El me trajo y yo vine por las mías, me dio el primer paso.

J: Vine pa' salir de las drogas y por problemas familiares, peleas con mis padres.

J1: Llegué cuando tenía 17 años derivado del Sótero del Río donde estuve hace 3 años en tratamiento por depresión...me habían ofrecido ir a SISTRAN en Puente pero no se podía por el domicilio y la asistente social me mandó para acá. Franco me propuso ayudarme de las 2 formas (drogas y

depresión). Me daba miedo la abstinencia total: fome tomar en el carrete solo bebida. Me explicaron qué era disminuir el consumo y bajé de 100 a 4 los tragos y entre medio comiendo también.

G: ¡Llegué cuando esto estaba en construcción! A los 12 años, llegue porque venía frecuentemente al programa, como estaba en egreso en San Vicente y hago abandono por depresión, mi padre preso, venía para acá por los lazos y me dicen que me notan que aún necesito ayuda y me reciben. Conocí el programa por mi hermana, ella asistió aquí.

D: Llegué por la asistente social del Liceo Mariano Latorre porque me di cuenta que estaba mal y me podía perder más, yo le dije que me ayudara, me había puesto desordenada, mi intención era dejar de consumir y ha bajado mi consumo.

¿Cuáles son las experiencias más importantes, lo que los marca en el proceso de rehabilitación?, ¿Qué experiencias los marcaron positiva o negativamente?

A: La ayuda que me dio Franco, fue el pilar fundamental en los problemas con mi mamá, no descansábamos nunca, me enseñó la tolerancia, el respeto para ganarme yo el respeto, fue el que me hizo dar vuelta la página. Me sirvió que me escuchara antes de actuar, entiendo lo que me querían decir, cambié de un día para otro y soy otra persona.

J: No sé...¿la ayuda?...ponerme en buena con mi familia, con mis padres, fue una etapa buena salí adelante. Había cosa que hacía de mono y no debía, había cosas que no me hacían bien. Me daban hartos consejos, varios, Franco, Leo. Me fui olvidando del tema que tenía yo.

C: El apoyo de la Caro y de la Gerald más que nada, me hicieron un informe bueno para recuperar a mi hijo, el Franco también. Cuando llegué no tenía consumo, pero tuve hasta los 2 meses de embarazo, me mandaron para recuperar a mi hijo.

CJ: Me ayudaron a expresarme con la gente, me avergonzaba, me enseñaron hartas cosas.

A: Antes el Jordan no era tolerante al principio, era hiperactivo, se enojaba...es mi punto de vista...lo ha hecho bien.

CJ: Ahora no me enojo tanto, es verdad.

J: Se enojaba...

¿Qué les sirvió?

CJ: No me acuerdo lo que fue...

A: Jamás hubo algo malo, todo lo hicieron con esfuerzo.

JC: No nos gustaba el taller de la Leyla, nos daba sueño.

A: Hablábamos y nos gritaba, se molestaba y nos frustraba.

J: Era como profe antigua.

A: En mi sentido todo me gustaba. Una vez me enojé porque me pedían un cuchillo y me castigaron y me sentí mal porque no era para dañar a nadie, la usaba como tijera. Como ese día me lo pillaron, lo saqué y el Leo lo vio, me hablaron y me castigaron sin paseo y unos días sin venir para acá.

¿Antes le habían hablado de las normas y consecuencias?

A: Sí lo tenía claro, no soy peleador, me gusta hacer amistad, amigos. Me castigaron al puro peo, no era mi intención.

J: Me castigaban cuando molestaba o hablaba, me echaban para afuera, era como colegio...a veces no les tomaba importancia... debían tener más tolerancia...pedir atención y no mandar pa' fuera al tiro, era charcha debían dar explicaciones bien.

JC: Si no te callabas no ibas a paseo.

A: Y al estar frustrado uno decía "no voy no más".

JC: Yo echaba la chorea, cuando me enojaba caleta antes, ahora reacciono mejor.

¿Les duele no ir a los paseos?

A: Uno se despeja, se relaja, tenías todo planeado y entonces no va... ¿y qué hago todo el día?

C: Una vez me enojé porque en un paseo no me dejaron tomar café, el Conrado...me lo iba a servir, está prohibido dijo...le dije que la Gerald no se iba a enterar...así que mejor lo boté, me dijeron que porque tenía cafeína, yo me enojo pero sé que era porque algo me podía pasar, me molesté porque lo tenía servido, era café perdido, ¿qué sacaba con dejarlo ahí?

A: Para que se lo tomara Conrado.

G: Aquí tuve una finalización de proceso, antes me marcó la depresión y despertar en el hospital, cortado y querer ahorcarme. Una de las personas importantes fue la Norka, tengo relación con ella hasta ahora, me saluda, me ayudaba, todavía la veo, me daba cariño, hasta ahora no soy apegado a la familia ni muestro afecto por mi madre, ella me abrazaba y me decía te quiero, lo que era muy grato.

J1: En mi proceso lo bueno y lo malo no es específico, hablo de la terapia en general, no hay cosas específicas, por ejemplo cuando me corté los brazos me dieron ayuda incondicional y la primera vez que estuve sobrio toda la noche fue bacán.

Pregunta difícil, creo en Sábado cuando dice que todos piensan que el tiempo pasado siempre fue mejor porque en el curso olvidan las cosas malas.

D: Cuando se fue la Leyla me sentí extraña sin ella, pues cuando llegué ella fue mi pie de apoyo. Y hartas cosas positivas; conocer gente, al Gregorio y Jordan que son mis mejores amigos, porque con Gregorio hay relación de amigos, conoce mi familia.

G: El programa es muy igualitario con todos, pero en una situación puntual se trata igual al que comete errores acá o afuera. Si alguien robaba algo se hablaba después pero se paqueaba una salida por uno a todo el grupo, llegaba a mi casa y estaba frustrado y hacía cualquier cosa, era un incentivo para la frustración.

Ahora nos gustaría que se refirieran a las actividades del programa, ¿cuáles eran las que más les gustaron y cuáles no?

C: No me gustó nunca entrar con el psiquiatra...me miraba y se demoraba media hora en decirme lo que quería, por eso pedí que ya no me tratara...trabajaba la mente y quedaba mirando...tampoco me gustaba que me mirara y no dijera lo que pensaba.

A: No me gustaba el taller de la Leyla, el de sexualidad, me gustaba la información, pero no como lo hacía. Me gustaba el taller de animales de Franco, explicaba bien el desarrollo, la sobrevivencia...Leyla no explicaba bien, Franco explicaba muy bien lo que quería explicar, bueno quedaba claro a la perfección.

JC: La Leyla no era como otros.

A: Explicaba y no se le entendía.

J: Se enojaba si no se le entendía o se le preguntaba.

A: Si no me respondía, entonces para qué estaba ahí, era como yo lo tomaba.

J: Lo mismo...

JC: Al principio no me gustaban las clases del profe, porque yo no iba, no entendía la materia, no ponía atención y me aburría y lo decía y me quedaba para ver si algo enganchaba. Me sentía obligado y no podía estar en otro lado, tenía que estar con todos juntos en la misma sala...

A: Varios no toleramos que les den beneficios a unos, todos tienen que estar en la sala no solo algunos, los privilegios no son buenos. Era bueno cuando le daban ejemplos y uno encontraba las respuestas, que no le dieran todo...nos daban las pistas para seguir.

Ojala que los que vengan tengan más libertad para pensar en las mismas cosas...

J: Hay uno que entró bien y salió más mal...

A: Se frustraba mucho y por cualquier cosa peleaba.

JC: Es como si quisiera pelear con usted y para desquitarme peleo con otros.

A: Ha pasado que me he enrabiado y dejo la tole-tole.

¿Qué dicen de lo positivo?

JC: El taller de etología de Franco, ponía atención, ganabas tu premio.

C: Cuando fuimos a hacer mosaico al jardín con Leo.

A: Cuando fuimos al parque con Conrado.

J: Los mosaicos con Leo, todavía los hago.

JC: Los hago con mi hermano, ahora.

A: Las olimpiadas me encantaron.

J: Sí, buena...

JC: Corría una loca que ni corría.

A: Yo hice una luna y un corazón y los terminó otro.

J: Hice espejos y todavía los tengo.

JC: Etología es lo que más me gustó.

A: Me gustó participar con otros centros.

J1: Tengo un problema, me doy cuenta que lo individual fue mejor, lo grupal fue poco importante para mí. Me acuerdo de lo de Franco y las preguntas eran tan fáciles y me hubiera llevado todos los CD.

D: Me encantaba el taller de Leo y Franco acerca del consumo, me gustaba porque daba la teoría de lo que día a día pasa con la droga, me encantaba porque quedaba en la mente.

J1: Ni me acordaba de ese taller.

G: A mí me gustaban los cara a cara, en San Vicente el sentarse frente a frente, la expresión de emociones y hasta ahora lo ocupo, lo uso...me formaron así.

J1: No me gusta eso.

G: Me gustaba la relajación, me llegaba, era como estar frente a un espejo.

D: Sí, a mí también, uno se conectaba con su yo interior.

¿Habían estado en espacios anteriores a este?

J: No.

A: No, solo en actividades con niños.

JC: Nunca fui a otro lugar...ha sí, ahí cerca de los pacos era algo parecido...

C: ¿La OPD?

JC: Sí, con ellos fuimos a la Tupahue.

C: Ahí hay asistente social, psicólogo, psiquiatra, no ibas todos los días, te citaban 2 veces a la semana, hacían talleres de maltrato, sexualidad.

JC: Los talleres no eran iguales a estos, tienen como una casa rodante donde se trabajaba...se conversaba.

A: Solo cambia el lugar, aquí hay terapias individuales.

C: Allá cada adulto tenía roles separados.

A: Aquí trabajan más agrupados para resolver problemas.

D: Lo que más destaco para mí, fueron importantes el Franco, el Leo y la Carolina y la Leyla y usted. Franco porque dice las cosas sin pelos en la lengua, es directo, el Leo por su simpatía, sus talleres, la chacota, es extrovertido, la Caro porque es una persona que se da a confiar, deposita su confianza. La Leyla fue mi pie de apoyo y usted me ayudó a recuperar el estudio y en el lugar donde me colocó ha sido importante este año de mi vida.

J1: En lo personal han cumplido roles importantes todas las personas, pero sin afán de desmerecer hay 2 que me han marcado, Franco, no sé en la vida personal, me mostró el cuestionarse las cosas, antes lo hacía pero no me hacía preguntas medulares, era solo por encima, ahora me doy el trabajo de

pensar todo. Y usted porque yo creo que alguna vez les conté la historia de mi bisabuelo y usted es como conocerlo en vida a él y yo tengo ansias de conocer lo que más pueda, lo más cerca de conocer gente así fue usted y Franco.

Nos marcan ciertos adultos porque son lo que queremos y aunque tuvieran semidioses, sino entran con uno no pasa nada.

D: Son cosas personales, cada uno pone de su parte en una persona, apuestan por ti personalmente y hacen algo por ti, se enfocan en los que quieren que sigan.

G: Cuando llego a un programa busco en lo ideal a un educador amable, entrete, pero la idea con el tiempo es que esté en el equipo y no solo en él.

J1: No todos pensamos como tú, buscas reírte con un educador y yo busco aprender y la Dayana aprender.

G: Sería incómodo encontrar todo en un solo educador y no en el equipo.

Hay un educador aparte de la Norka, el Gabriel, no sé...me hacía sentir tan querido, acompañado, a veces yo estaba triste y me llevaba a comprar, confiaba en mí, compartíamos, me hacía sentir que verdaderamente podía yo hacerlo.

J1: Me acuerdo de lo que nos dijo usted una vez..."el poder de las palabras y el convencimiento" que uno repite algo tanto que finalmente se lo cree.

D: Si te dan buen fundamento o tienen carisma te convencen.

J1: Importa no solo lo que dice sino que como lo dice.

¿Qué sienten que ha sido lo más efectivo, lo grupal o lo individual en su proceso?, ¿qué es lo que más les sirvió?

JC: Yo creo que grupal.

A: A mí lo que más me sirvió fue escuchar a los demás contando sus problemas...si te lo cuentan te da más ánimo, pues siempre puede ser peor y te da más fuerza...ahí uno se conoce mejor.

JC: Es bueno escuchar para ayudar.

J: Se hace un ambiente...lo mismo digo yo.

JC: En grupo se conoce cómo es la otra persona, si es picado a choro o no, para ver si es igual a uno, para conocerlo.

¿No les incomoda contar sus cosas en público?

A: Te acostumbrai.

JC: Si estoy con Leo sí puedo, no me da vergüenza, ya los conozco.

A: Pueden tener los mismos problemas, si uno quiere lo hace, sino no lo hace no más.

¿Si alguien perturba no los incomoda?

A: No me baja el perfil ni nada pues es problema de él.

C: Yo prefiero en grupo...

A: ¿usted dice lo de uno?...a eso...el círculo cada lunes y la evaluación del fin de semana era importante.

C: Antes lo hacíamos.

JC: Deberían hacerlo ahora.

A: Si son problemas personales tal vez mejor estar solo, cuando se llega a la familia entonces eso es privado, es como tener un mínimo de respeto. En el grupo se conoce a la gente. Todos tienen que tener un espacio para desahogarse.

C: Hablar de la familia más íntima es individual.

JC: Depende, si no lo conocís un poco no puedo hablar de la familia.

A: Al menos que te conozca un poco. Franco siempre visita las casas, habla con los abuelos y si tengo un problema entenderá.

J: Está como apoyando en ese momento.

J1: Yo no tuve procesos anteriores.

G: Si tengo algo que comparar y de acuerdo al tiempo, aquí han sido a lo mejor un poco rígidos, no tan afectivos como esos otros procesos, me hablan y me ayudan pero uno necesita también un abrazo o ¿cómo estás?, vengo porque necesito ayuda, tienen la solución pero no el cariño, sí el respeto, solo el protocolo, falta afecto... ¿estarán realmente interesados en mí?

J1: Yo prefiero lo individual demasiado porque creo que se relaciona con el proceso, sin desmerecer lo grupal pues ahí entendí la tolerancia y con lo de la última clase hasta me caen bien los flaites. Hay cosas que me molestan y en grupo aprendí a controlarme, a respetar, a tragar porque en cada persona

hay algo que puede costar encontrar pero está...espero que esto no sea solo discurso.

D: Prefiero lo individual porque uno puede decir las cosas de corazón sin importar que luego se divulguen afuera, en ese momento solo importa lo que dices sin preocuparte de los otros.

Si uno dice cosas en grupo aunque no haya intención te molestarán igual.

J1: Depende de lo que se diga.

G: A mí no me importa lo que diga, yo digo lo mismo en grupo que individualmente, pero individualmente digo más de corazón, de repente en grupo no encuentro las palabras, el entorno no sabemos cómo lo tomarán o se prestará para otra cosa. Quizás no lo contaré como individualmente tan exacto.

J1: Contrario a Gregorio las terapias grupales no me gustan tanto, en la individual soy más directo, pues a los demás en grupo ¿qué les importa lo que me pasa a mí?, después puede ser mal usado y no todos son ángeles y alguien puede mal interpretar o dar un mal sentido a lo que uno dice.

¿Cómo estoy ahora versus a cómo llegué?

A: Cambié hartas cosas que antes tenía mal, no toleraba, era falta de respeto, me metía donde no correspondía, en los problemas con mi mamá ahora los enfrento, lo controlo.

C: Con la droga dejé el consumo de a poco.

A: Fue un poco de bien y si yo quería tener una buena familia no luchaba tanto, hay puntos en los que me falta como la concentración. Aunque hay cambios hay cosas que no resolví: ser algo útil en la vida que yo haya querido, por ejemplo haber terminado cuarto medio aquí.

Yo no supe aprovechar todo...no quería seguir estudiando. Cambié el consumo de drogas, aquí no era lo mismo que estar afuera.

JC: No es lo mismo que estar afuera.

A: Aquí uno no se acuerda del consumo, cuando le hablan lo despejan.

Consumía para salir del hoyo en el que estaba, mal en la casa, nadie que me dirigiera, no conocía a mi papá, no tenía apoyo contundente, a como estoy ahora me ayudan bastante.

J: Bien poh, dejé de consumir drogas...he tenido una vida mejor, no consumir, tengo buena pega, empecé de abajo y tengo una buena vida con mi familia, me expreso bien con ellos.

A: Dejé la coca que era lo que más me tenía en el hoyo, es muy cara, como el cuerpo pide la situación social se vuelve peor, me hacía consumir y hacer cosas bajas y eso...de cien bajé a cero ó 95%.

JC: Cuando llegué consumía cocaína, que no me gustaba tanto, y marihuana, luego dejé la falopa. Le hago solo al copete. Cambié en la casa mi forma de ser, ahora respeto más.

C: No hay cambios, soy la misma, nunca he sido tímida, como en la primera semana de entrada al colegio.

¿Creen que es un programa que sirve?

A: Sí, entregan hartas herramientas, nos ayudan a entrar al colegio.

J: Sí.

JC: Depende de uno.

C: Dejan venir, los talleres.

J: Salir de la droga y la calle.

A: Se distrae y se quitan las ganas. Es agradable como nos recibió, con respeto, amable, así debe ser uno siempre.

J1: Yo creo que es demasiado, lo voy a resumir. Uff...desde lo más superficial, cuando llegué no cambiaba el negro y es un color negativo, depresivo, eso. Antes estaba encasillado, rígido, ahora estoy como más abierto a más posibilidades aunque pasan cosas que no me gustan ahora las tolero.

Y en el proceso aquí llegué tomando de lunes a lunes y no como un vaso ni 200cc. De vino, tomaba hasta ron de luca, petacas, cosas fuertes y el ron puro, puritano, no sé poh era muy bueno pal ron.

La droga no ha sido gran problema el alcohol sí, eso es lo más significativo de todo.

D: He cambiado del cielo a la tierra, antes estaba en las nubes, ahora estoy en la tierra. El año pasado en las mañanas dormía y en la noche carreteaba todos los días, ahora en la mañana estudio, luego bailo, en la noche me queda menos tiempo, ha mejorado la relación con mi madre, más afectiva, más confianza.

En mi ambiente de amigos ha cambiado, son más centrados, saben las consecuencias de lo malo y no lo hacen. Son más simpáticos, sin drama, pura paz. Y cuando carreteo, no solamente hay amigos que fuman marihuana y alcohol, yo tomo pero poco, 3 vasos y ya.

J1: A veces me paso del límite, pero tomo mucho agua y como y estoy bien en la noche.

G: Yo he cambiado mucho, lo que mejor he cambiado es mi forma de expresarme, la comunicación con los demás, yo siempre he trabajado mejor solo y ahora disfruto más acompañado y sino bueno también hablaba con mucho garabato así “bueno choro”...ahora no es habitual, ahora no robo y hago fletes y no me da vergüenza, antes sí, y si se burlan me da igual y cuando tengo los \$ 5000 no me interesa.

Y el consumo ha disminuido bastante, una vez a las mil me fumo un pito y no me gusta, pero compartiendo con amigos...

Ya no fumo pasta, ya no lo soportaría, sería una humillación, siempre lo fue, nunca fui de estar tirado en el suelo.

