



Universidad Academia Humanismo Cristiano

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Trabajo Social

Perfil Psicosocial y Económico de Jóvenes en Proceso de Rehabilitación de Drogas en el Programa Ambulatorio del Cosam La Pintana.

Alumna: Carolina Covarrubias Orellana

Profesora Guía: Susana Vallejos Silva

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN SERVICIO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE TRABAJO SOCIAL

SANTIAGO 2013

Agradecimientos:

- A mi Papá, como reconocimiento por lo que ha hecho siempre por mí y mi hija, y a mi Mamá, por su incondicionalidad y apoyo frente a todo lo que emprendo.
- A Pablo, mi pareja, quien vio paso a paso todo lo que implicó esta investigación, que fue parte constante de mi esfuerzo y dedicación, le agradezco enormemente su amor y apoyo incondicional.
- A mis compañeras y amigas incondicionales, Luisa Ruz y Bolena González, quienes incentivaron en mí su pasión por el Trabajo Social, y me motivaron constantemente durante años para terminar esta labor.
- Finalmente este trabajo va dedicado con todo mi amor a Francisca, mi hija, quien me dio las fuerzas para terminar, así como también, su tiempo de juegos y tareas.
- A mi profesora guía, Susana Vallejos Silva, por su constante apoyo, paciencia, comprensión y motivación en este largo camino. De manera especial, quiero agradecer, a la Profesora Liliana, por esas tardes de verano que me regalo, para explicarme con paciencia y empatía el sistema estadístico SPSS.
- Al Cosam de La Pintana por su buena disposición. A los jóvenes y profesionales que formaron parte de esta muestra, pilar fundamental de la investigación.

Carolina Covarrubias Orellana

“La pubertad te va cambiando el cuerpo, la adolescencia, el alma.
Y tú sobrecogido te preguntas quién fuiste, quién eres,
Y en quién te vas a convertir”
Antonio Gala

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
1.- Planteamiento del Problema.....	8
1.1.- Preguntas de investigación.....	13
1.2.- Objetivos.....	14
2.- Estrategia Metodológica.....	15
5.1 Tipo de Estudio.....	15
5.2 Universo.....	15
5.3 Muestra.....	16
5.4 Técnicas de Recolección de la Información.....	16
5.5 Técnica de Análisis de Datos.....	17
6.- Variables.....	17
I PARTE MARCO TEÓRICO.....	18
CAPITULO I FAMILIA.....	19
1.1.- Funciones de la Familia.....	20
1.2.- Teoría de Sistemas.....	23
1.3.- Familia y Enfoque Sistémico.....	28
1.4.- Familia Multiproblemática.....	29
1.5.- Familia y Drogas.....	32
1.6.- Psicoterapia Familiar en Adolescentes de COSAM.....	37
CAPITULO II LA ADOLESCENCIA: CONCEPTOS Y ÁMBITOS PSICOSOCIOCULTURALES.....	39
2.1.- Etapas de la Adolescencia.....	44
CAPITULO III LAS DROGAS Y LA ADICCION: ALCANCES DEL TÉRMINO.....	47
3.1 Modelos Teóricos que Explican la Drogodependencia.....	55
3.2 Modelo Transteórico.....	60
II PARTE MARCO REFERENCIAL.....	65
CAPITULO IV CHILE Y LOS DERECHOS DE LOS N,N y A	66
4.1.- Antecedentes Generales SSMSO.....	68
4.2.- Características Sociodemográficas de la Población del SSMSO.....	70

4.3.-Pobreza.....	71
CAPÍTULO V ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA.....	74
CAPITULO VI CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL LA PINTANA.....	90
6.1 Contexto Nacional de Drogodependencia.....	93
III PARTE ANALISIS DE LA INFORMACION.....	97
CAPITULO VII CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO.....	98
7.1 Identificación de los Sujetos de Estudio.....	98
CAPITULO VIII CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO.....	113
7.2.- Antecedentes Familiares del Joven.....	113
8.- Nivel socioeconómico de la Familia del Joven.....	123
8.1.- Perfil Psicológico del Joven.....	131
8.2- Motivaciones y Expectativas.....	140
CONCLUSIONES.....	147
HALLAZGOS.....	160
APORTES AL TRABAJO SOCIAL.....	163
BIBLIOGRAFIA.....	173
FUENTES ELECTRONICAS.....	185
ANEXOS.....	188

INTRODUCCION

La presente investigación posee como finalidad el dar a conocer la importancia de contar con el perfil de los jóvenes beneficiarios del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de la comuna de La Pintana, los cuales son usuarios del Programa Ambulatorio Básico de Tratamiento del Consumo de Drogas y Alcohol.

La investigación realizada, no busca hacer generalizaciones con los jóvenes que participan de otros COSAM, sino más bien de dar a conocer las características particulares de los jóvenes y de sus familias con el fin de dar una atención más especializada y centrada en las potencialidades y generalidades de los usuarios, lo cual ayuda a dimensionar cual es la realidad individual, familiar y social de los individuos.

Ezequiel Ander-Egg, señala que presenta como una de las características principales del trabajador social el saber diseñar, implementar y evaluar planes y programas de acción social, así como también, deberá organizar racionalmente su trabajo, registrar y sintetizar su práctica profesional.

Es por este motivo que es fundamental destacar que el Programa Ambulatorio Básico del COSAM, carece de perfiles anteriores, lo cual permite establecer la carencia de conocimientos de esta área. De acuerdo a estos antecedentes, no se pretende con este estudio el revelar la realidad integral de los usuarios del COSAM, sino más bien el ser un aporte al quehacer profesional.

La presente investigación es un estudio cuantitativo y descriptivo, constituido a partir del análisis de los antecedentes que existen de cada beneficiario del

COSAM, buscando con ello caracterizar a nivel sociodemográfico, psicológico y motivacional de los jóvenes usuarios.

En el primer lugar se presenta la estructura metodológica del estudio, en el cual se plantea el problema de investigación, así como también, las preguntas y objetivos del estudio. A partir de este punto la investigación se estructura en tres partes, siendo la primera la correspondiente al marco teórico, que da la base a la presente investigación. El marco teórico está integrado de tres partes: el primero expone la temática de la familia y sus características; el segundo nos habla de la adolescencia y sus conceptos y alcances; el tercero y último nos muestra las drogas y sus principales enfoques de tratamiento.

La segunda parte o marco referencia, da a conocer los distintos acuerdos que han firmado Chile respecto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, a continuación se presentan las características del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y por último los antecedentes generales de la comuna de La Pintana y del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM).

La tercera parte expone el análisis de los resultados del estudio el cual pretende dar a conocer las características de los jóvenes beneficiarios del COSAM, así como también de sus familias.

Por último, las conclusiones de la investigación, que buscan dar respuestas a las preguntas de planteadas en el presente estudio. Cerrando la tesis se enumeran las principales fuentes bibliográficas y los anexos de investigación.

1.- Planteamiento del Problema

Antes de partir este punto, es necesario señalar que difícilmente existe un problema humano tan complejo a la hora de investigar como la drogadicción. En este tema no hay ningún tipo de verdad científica absoluta, ni de explicación global; por ejemplo, si vemos desde el área de salud mental, que es donde se estudiará este problema, diremos que los problemas de mayor importancia tienen que ver con el consumo y abuso de sustancias tóxicas ilegales que causan alguna alteración psíquica, y que en las últimas décadas ha registrado un aumento significativo, especialmente en los países latinoamericanos. En Chile, el uso y el abuso de drogas, así como el tipo de consumo, se ha convertido en un problema social que afecta la estabilidad de todas las instituciones que conforman la sociedad, en especial las sociales y por qué no mencionar las políticas.

Este trabajo se interesó en la problemática de la drogadicción, por ser éste un fenómeno social transversal, es decir, que no respeta ni estrato social, edad, sexo, sino que se encuentra en forma masiva en nuestra sociedad y que crea una dependencia física y psíquica de los individuos. Para la presente investigación la drogadicción, refiere al consumo indiscriminado y abusivo de drogas por parte de algunas personas, (prioritariamente jóvenes).

En la actualidad los problemas se han focalizado en los adolescentes ya que son un motivo permanente de consultas a los profesionales del área de la salud mental. Las conductas de riesgo de estos jóvenes están asociadas por lo general al consumo de alcohol, marihuana, cocaína, pasta base de cocaína, inhalantes y otras sustancias químicas. Tales conductas tienen consecuencias muy complejas para la salud que se traducen en distintos tipos de morbilidad biopsicosocial. Los factores explicativos de estas conductas pasan por factores individuales,

familiares y culturales. Así es como en Chile, se ha realizado un gran número de trabajos en esta materia, que muestran la magnitud del problema, en especial el Consejo Nacional de Estupefaciente (CONACE), actual Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) el cual realiza estudios a nivel nacional, regional y comunal, para evaluar la dimensión de este fenómeno en población general y escolar. Según el *Noveno Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile*, las prevalencias, del último año medido, de consumo de drogas ilícitas para el grupo de 12 a 18 años, fue 5.3% para marihuana, 0,4% para cocaína y 0,3% para pasta base. En cuanto al consumo de alcohol, la prevalencia de consumo en el último mes o consumo de ese año fue de 14%.(Ministerio del Interior-CONACE, 2010)

En cuanto a la tendencia de las prevalencias de consumo de drogas en adolescentes, los datos de dicho estudio, indican que el consumo de marihuana varió de 9.1% en 2008 a 5,3% en 2010. La cocaína presenta una baja de 1,0 % en el 2008 a 0,4% en el 2010 y la pasta base presenta registros estables en igual período, en torno al 0,4% en el 2008 y 0,3% en el 2010. Por su parte, la tendencia de la prevalencia del último mes de consumo de alcohol disminuyó de 27,2% en 2008 a 18,4% en 2010. Como se puede apreciar, este problema presenta magnitudes significativas.

En tabaco, por su parte, los adolescentes registran prevalencias de último mes de 24,9% y una prevalencia diaria de 12,7% según el Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile (Ministerio del Interior- CONACE, 2010), es importante destacar lo anterior ya que el último estudio de CONACE no incluye la variable tabaco dentro de la investigación. El consumo de tabaco en términos de prevalencia mes y prevalencia diaria tiende a bajar levemente, con tasas de 25,7% en 2004 y 24,9 en 2006 para consumo actual, de 14,9% en 2004 y 12,7% en 2006 para uso diario, según el estudio antes referido.

Sin embargo, los Programas que trabajan con los jóvenes afectados por la drogodependencia en Chile son insuficientes en cuanto a número de centros y el número de profesionales que trabajan en cada uno de ellos. Por lo mismo, son pocos los programas que logran sistematizar la práctica que desarrollan y acumulan experiencias de trabajo que no transfieren a otros que trabajan en la misma problemática.

En cuanto a la acción social desarrollada por los programas especializados en drogas se puede señalar que ésta cuenta con recursos escasos considerando la complejidad de las problemáticas a tratar, hay por ejemplo escases de profesionales especializados en drogas, poco recurso multiprofesional, y el existente es limitado en cuanto disponibilidad de horas usuarios; los psiquiatras no atienden a todos los usuarios lo que dificulta finalmente contar con un diagnóstico acabado y preciso de cada niño, niña y adolescente. Por lo mismo, los profesionales y técnicos rotan constantemente buscando mejoras económicas y laborales, porque los salarios en esta área son considerados unos de los más bajos del mercado ocupacional, sumado a que por la carga horaria y las dificultades que se dan a diario con los usuarios. Más aún, existen posibilidades reales de capacitarse, considerando el insuficiente aporte fiscal y las condiciones laborales derivadas de esto.

En el caso particular de los trabajadores sociales, tanto las municipalidades como también las Fundaciones y ONG's, otorgan escasos recursos, para cumplir su labor profesional, lo que se ve reflejado por ejemplo en las horas destinadas a realizar visitas domiciliarias, que no pasan de las ocho horas semanales que tienen que distribuirse entre 30 a 70 usuarios por supervisar, dentro de las cuales se debe hacer trámites tan diversos como ir a tribunales a presentar un caso clínico, acompañar a los usuarios al dentista (una de las principales enfermedades que se dan en los consumidores de PBC es la pérdida importante de piezas

dentales), conocer su situación de vivienda y realidad familiar entre otras múltiples necesidades. Lo anterior dificulta la posibilidad real de organizar la información que tienen registradas para definir lineamientos de acción y también para visibilizar su quehacer. Frente a esta precaria situación laboral resulta, relevante el aporte que harán los resultados del presente estudio.

La comuna que será el objeto del presente estudio es La Pintana que es una de las trece comunas del área metropolitana que se origina del reordenamiento del Gran Santiago bajo el decreto Fuerza de Ley N° 1-3260 del 9 de Marzo de 1981. La Pintana se encuentra ubicada en la zona Sur de Santiago en la Región Metropolitana (RM).

El último Censo de Población y Vivienda realizado en Chile en el año 2012, establece que la comuna de La Pintana cuenta con una población total de 190.085 personas, de los cuales 94.963 son hombres y 95.122 son mujeres. De acuerdo a la distribución por tramo de edad, La Pintana, es una comuna con una población joven, estimándose un 57 % entre las edades de 0 a 29 años. (SECPLAC La Pintana, 2010).

La comuna tiene características que, por sí solas, la constituyen en una comuna de alta vulnerabilidad, dado el aglomerado de factores de riesgos que presenta, a saber: alto nivel de pobreza, menor promedio de escolaridad equivalente al 8,8 años con respecto al promedio de la RM; el hacinamiento, la accesibilidad de sustancia ilícitas en algunos sectores denominados como “zonas rojas”, la participación -a temprana edad- en actos delictuales, fuerte control territorial con respecto a balaceras, el microtráfico y consumo de drogas y alcohol, tomándose para ello plazas o espacios eriazos, e inseguridad de parte de los pobladores. (Previene La Pintana, 2010)

De acuerdo a dichos estudios, en la comuna, se puede identificar por lo menos tres problemáticas en la población infanto-juvenil: En primer lugar, el embarazo en adolescentes, en segundo lugar, el aumento en los últimos años del listado de jóvenes infractores de ley que se incorporan en el Programas 24 Horas y por último, el aumento de focos para el microtráfico y consumo, especialmente en zonas cercanas a establecimientos educacionales. (Previene La Pintana, 2010].

En razón a todos los antecedentes referidos he considerado relevante develar y hacer un aporte a los profesionales que trabajan con jóvenes que se encuentran en este sentido, en procesos de tratamiento de drogas. Este consiste en la elaboración de un perfil psicosocioeconómico de los jóvenes de uno de los Programa que trabaja en esta materia. Conocer el perfil de los jóvenes ayuda a definir las características particulares de la intervención que se realiza con ello, así por ejemplo: adolescentes que ejercen la prostitución para financiar su consumo de drogas, frente a lo cual se tiene que realizar intervenciones que apunten a la prevención del embarazo adolescente, la transmisión de ETS, entre otras situaciones.

El perfil puede señalar las características de su compromiso delictual con lo que se buscará habilitar las redes sociales principalmente las relacionadas con el poder judicial con el fin de evaluar las posibilidades de ingreso y mantención en tratamiento de rehabilitación; respecto a la edad como característica podemos establecer que es de suma importancia conocer la cohorte en la que se encuentran los jóvenes en su inicio y mantención de su adicción con dos fines principales: primero, para focalizar los programas de prevención de consumo de drogas y en segundo lugar, para definir en qué etapa se encuentran los jóvenes al momento del inicio y abuso de drogas; Los principales estudios revisados muestran que a mayor edad se inicie el consumo de drogas, menor daño biopsicosocial; es también importante tener identificados los factores protectores

como por ejemplo el sistema educacional, que es muy importante para aspirar a reinsertar a los jóvenes con problemas de adicción.

En mi opinión y de acuerdo a mi experiencia de trabajo realizada en esta área, es vital conocer las características biopsicosociales y familiares de la población joven con la que se está trabajando, de tal manera de efectuar una acción social que los reconozca como personas, en su realidad específica, es decir, con sus problemas y potencialidades de tal manera de realizar planes de intervención eficaces para los propósitos que estos programas persiguen, considerando su realidad y motivaciones particulares.

A partir de lo descrito en los párrafos preliminares, es que se formularon para la presente investigación las siguientes interrogantes de investigación:

1.1.- Preguntas De Investigación

1.- ¿Cuáles son las características psicológicas y socioeconómicas de los jóvenes que se encuentran en proceso de rehabilitación por consumo problemático de drogas en el Programa Adolescente del Cosam de La Pintana?

2.- ¿Cuáles son las motivaciones de estos jóvenes que presentan consumo problemático y asisten al Cosam de La Pintana?

Así es como a partir de esta interrogante se plantearon los siguientes objetivos de investigación:

1.2 Objetivos de Investigación

1.21 Objetivo General

Realizar un perfil psico-socioeconómico y de expectativas de los jóvenes en proceso de rehabilitación de drogas ingresados el año 2012 al Programa Ambulatorio del Cosam de La Pintana.

1.22 Objetivos Específicos:

1.- Determinar las características sociodemográficas de los jóvenes que se encuentran en proceso de rehabilitación de drogas en el Programa Ambulatorio del Cosam de La Pintana.

2.- Identificar las características psicológicas de los jóvenes en proceso de rehabilitación de drogas en el Programa Ambulatorio del Cosam de La Pintana.

3.- Describir las motivaciones y expectativas de los jóvenes que se encuentran en proceso de rehabilitación de drogas en el Programa Ambulatorio del Cosam de La Pintana.

2. Estrategia Metodológica

2.1 Tipo de Estudio

Esta investigación es descriptiva, dado que se busca especificar las propiedades importantes de los jóvenes que están en proceso de rehabilitación de drogas en el PAI del Cosam de la comuna de La Pintana para que posteriormente éste sea sometida a análisis (Dankhe, 1986). En un estudio descriptivo se selecciona una serie de variables y se mide cada una de ellas independientemente, para así, valga la redundancia, describir lo que se investiga.

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades características, los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis.” (Dankhe, 1989), es decir miden evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, para así describir lo que se investiga. (Hernández, Fernández, Baptista, 2006-102)

2.2 Universo de Estudio

26 Adolescentes de ambos sexos, consumidores dependientes de drogas, cuyas edades fluctúan entre los 13 y los 20 años, provenientes del sector suroriente de la Región Metropolitana, principalmente de la comuna de La Pintana que se encuentran en proceso de rehabilitación en el Cosam de la misma comuna .

2.3 Muestra de Estudio

El presente trabajo se lleva a cabo con el universo de los 26 jóvenes que se encuentra en proceso de rehabilitación del consumo de drogas que asiste al Programa Adolescente del Cosam de La Pintana, correspondiente al año 2012, de los cuales en la actualidad se encuentran seis activos dentro del programa, 10 egresados exitosamente y 10 desertores.

2.4 Técnica de recolección de la información

La técnica de recolección de la información es un cuestionario, destinado a obtener una caracterización psicosocial de los jóvenes de este estudio. El cuestionario consta de cinco ítem, con un número total de 40 preguntas, las cuales fueron aplicadas en un único momento, durante el año 2012- 2013. (Ver anexo 1)

Las fuentes de recolección de la información fueron las siguientes:

- Primarias: contacto directo con informantes clave: Asistente Social, Director/ psicólogo; Técnico en Rehabilitación.
- Secundarias: Revisión de las fichas de los jóvenes usuarios.
- Revisión bibliográfica y bases de datos(ficha personal del COSAM)

2.5 Análisis de los datos

Para analizar los datos de la investigación que es un análisis estadístico descriptivo para lo cual se utilizó el programa computacional SPSS.

2.6 Variables (Anexo 2)

Sexo, Edad del joven, Droga de consumo del joven.

Antecedentes académicos del joven.

Años de deserción escolar del joven.

Situación judicial del joven, Tipo de delito.

Relación de pareja, N° de hijos del joven.

Uso del tiempo libre, Relación con sus pares.

Participación en la comunidad

N° de hermanos, Miembro de la familia que vive con el joven

Consumo de droga en la familia, Escolaridad de los padres

Situación laboral de los padres

Tenencia y Calidad de la vivienda, N° de personas que viven en el hogar,

Servicios básicos con que cuenta la vivienda, Ingresos económicos de la familia.

Institución que realiza la derivación, Motivo de la consulta.

Expectativa del joven en relación a su proceso de tratamiento.

Expectativas de la familia en relación al proceso de tratamiento del joven

Diagnóstico psiquiátrico

I Parte

Marco Teórico

Capítulo I

La Familia

La familia es un espacio de socialización, donde sus miembros aprenden a relacionarse los unos con los otros, se aprende a expresar sentimientos y emociones o a silenciarlos, a comunicarse en forma asertiva o a no hacerlo, también al interior de la familia se carga con la cultura familiar. El grupo familiar es el espacio donde se construye la personalidad de los hijos/as, se adquieren y desarrollan actitudes, creencias, valores, estilos de vida, hábitos, costumbres y comportamientos que determinarán el modo de enfrentar la vida.

La familia actual ha experimentado transformaciones importantes relacionadas con el rol que cumple en la sociedad y sus funciones, especialmente en los estilos educativos, donde justamente por este proceso de cambio los padres y madres muestran cierta confusión en relación a sus funciones actuales. La socialización también se construye desde los ambientes sociales y culturales con los cuales las familias interactúan cotidianamente.

Para explicarse la influencia del medioambiente en el grupo familiar y cómo interactúa con el medio o contexto es importante acudir al modelo ecológico propuesto por el autor Urie Brofenbrenner, (1987), quien visualiza distintos niveles de análisis: él considera que la realidad familiar, social y cultural puede entenderse organizada como un todo en un sistema compuesto por diversos subsistemas: microsistema, es el nivel más cercano al individuo, el cual generalmente abarca la familia, el aula, los compañeros de la escuela, los maestros y los vecinos; el mesosistema que comprende las interrelaciones de los dos o más ambientes en los que la persona se desenvuelve y realiza sus actividades tales como el hogar y los padres de familia que interaccionan para

ayudar al individuo; exosistema incluye ambientes más amplios en los cuales el individuo no está necesariamente activo y el macrosistema que lo compone la cultura y la subcultura en la que se desenvuelven todos los individuos de una misma sociedad, que se articulan y retroalimentan de manera dinámica; estos niveles de análisis indican que la familia es permeable a la influencia de estos sistemas, por lo que, cualquier modificación en alguno de ellos, provocará necesariamente cambios en los otros, de allí la importancia que le asigna el modelo de intervención con familias a la participación de todos sus miembros en los procesos de rehabilitación de los usuarios en tratamiento.

1.1 Funciones de la Familia

Toda familia, independiente de la raza, de los aspectos socio culturales, clase social etc., comparte ciertas características básicas, que están relacionadas con las funciones que desempeña. El concepto de función familiar se expresa en las actividades reales de la familia y se asocia necesariamente a las relaciones que se establecen entre sus miembros así como también con los vínculos y relaciones fuera del núcleo familiar.

Según Nathan Ackerman (1978), la clasificación de la funciones al interior de la familia son en virtud de las necesidades que busque satisfacer cada una de dichas funciones: necesidades básicas de supervivencia; satisfacción de encuentro social, desarrollo de vínculos de afecto en la familia; formación de roles sexuales; capacitación en roles y respuestas sociales; cultivo del saber, aprendizaje y desarrollo de la creatividad e iniciativas individuales.

A) La familia como formadora de la identidad personal

Se reconoce a la familia como el grupo humano al cual se pertenece primariamente: queda determinado por el nacimiento o la adopción. Lo que primeramente nos marca y nos confirma como miembro de una familia es el apellido que poseemos, que nos entrega una especificidad y una individualización clara con respecto a otros miembros que se integran posteriormente a la familia. Nos otorga claramente un sentido de pertenencia, cada individuo se reconoce único e irrepetible en relación y a partir de su familia. La familia es la base de la afectividad, fundamental para el desarrollo equilibrado de la persona humana, donde aprende y ejercita la parentalidad, la relación amorosa entre los individuos, entre los padres y los hijos, padres entre sí e hijos entre sí.

B) La función educativa de la familia

Es importante señalar que se espera que sea en la familia donde se enseñen normas y hábitos, que permiten garantizar su salud física y mental así como también, su adecuado ajuste social, lo que permite garantizar que se comportará de manera adecuada en distintos contextos y etapas de su vida. Para lograr lo señalado, es necesario que existan dentro de la familia y su organización las condiciones mínimas para su desarrollo físico y mental. Por ejemplo, si se desea que el niño adquiera un hábito es necesario, primeramente enseñar cómo debe actuar frente a una situación en particular. Además, es fundamental ser persistente, constante y paciente para no decaer en el logro del propósito ya que es en la familia donde los niños y jóvenes aprenden a amar, vivir, a comportarse socialmente con hábitos y actitudes acordes con la sociedad en la cual vive.

Desde el punto de vista de la función económica de la familia podemos señalar que el ahorro, el gasto y la inversión significa claramente lo que tiene que lograr la familia para el bienestar de cada uno de sus miembros ya que claramente desde el plano económico es la unidad de consumo más importante a nivel social.

C) La familia como sustrato de la reproducción ejerce la función de intermediación entre la persona y la sociedad.

Entendida esta tanto desde su perspectiva biológica como cultural. Es indudable que la reproducción es la que posibilita la constitución de la familia, es en ella también donde aprendemos a vivir como hombre y como mujer, y donde además aprendemos a ejercer roles; en consecuencia, en relación al género es el lugar donde los miembros de la familia aprenden normas y pautas de conducta, que posibilitan una relación con la sociedad, así como también su incorporación a espacios públicos.

En relación a lo mismo, Caparros (1997) plantea que la familia cumple funciones que son distintas en tres niveles:

Para consigo misma: Básicamente la familia se limita a conservarse en el espacio y reproducirse en el tiempo, dando así continuidad al fondo de la relación familia-individuo-sociedad.

Para con el individuo: Decide de alguna manera su nacimiento, satisface y culturiza la dependencia biológica, determina en mayor o menor grado el límite de la independencia de la prole, vehiculiza el acceso a “lo otro” mediante el principio

de *realidad objetiva* o el principio de *realidad represiva* y transmite las normas sociales, posibilitando así la ideologización.

Para con la sociedad: Actúa directamente en la perpetuación de las normas sociales y estabiliza el sistema social. La sociedad se procrea por medio de la familia que es una instancia sensibilizadora que sirve para la homogenización eficaz del psiquismo de sus miembros y, ésta utiliza a la sociedad para hacer perdurables sus normas, promover su supervivencia.

En síntesis, se puede afirmar que la familia es la instancia mediadora entre lo individual-biológico y la estructura social e inicia la integración entre lo biológico-individual y lo histórico-situacional. Esto quiere decir que la familia, no es un núcleo aislado, sino que se entiende dentro de una totalidad comprensiva.

A partir de lo referido, parece pertinente explicar brevemente la teoría de sistemas, ya que ésta proporciona una mirada globalizadora de la familia.

1.2 Teoría De Sistemas

La teoría básica de terapia familiar derivó principalmente de la teoría de sistemas. Un sistema (del latín *systema*, proveniente del griego *σύστημα*) es un objeto compuesto, cuyos componentes se relacionan con al menos algún otro componente; puede ser material o conceptual. (Bunge 1990:196). Todos los sistemas tienen composición, estructura y entorno, pero sólo los sistemas materiales tienen mecanismo, y sólo algunos sistemas materiales tienen figura (forma). Según el sistemismo, todos los objetos son sistemas o componentes de

otro sistema. (Bunge, 1990:200) Por ejemplo, un núcleo atómico es un sistema y material físico compuesto de protones y neutrones relacionados por la interacción nuclear fuerte; una molécula es un sistema material químico compuesto de átomos relacionados por enlaces químicos; una célula es un sistema material biológico compuesto de orgánulos relacionados por enlaces químicos no-covalentes y rutas metabólicas; una corteza cerebral es un sistema material psicológico (mental) compuesto de neuronas relacionadas por potenciales de acción y neurotransmisores; un ejército es un sistema material social y parcialmente artificial compuesto de personas y artefactos relacionados por el mando, el abastecimiento, la comunicación y la guerra; el anillo de los números enteros es un sistema conceptual algebraico compuesto de números positivos, negativos y el cero relacionados por la suma y la multiplicación; y una teoría científica es un sistema conceptual lógico compuesto de hipótesis, definiciones y teoremas relacionados por la correferencia y la deducción (implicación) y de la cibernética.(Bunge, 1990)

Ludvig Von Bertalanfy introdujo la teoría general de sistemas a las ciencias sociales y a la psicología durante la década de los 60. Esto llevó a los profesionales del área social a desarrollar la idea fundamental de que la familia es una unidad interactiva afectada por generaciones pasadas y que opera sobre un conjunto de principios unificadores, los que incluyen las siguientes ideas:

- El todo es mayor que la suma de sus partes. De esta forma un cuerpo humano es más que sus órganos y miembros. Similarmente, una familia u organización es más que una cantidad de miembros individuales agrupados. También depende de cómo están unidos y de cómo interactúan.
- Todos los elementos de un sistema son interdependientes. Cambios en un elemento resultan en cambios en todo el resto.

- Propiedades de los sistemas. Dentro de los sistemas se llevan a cabo procesos que son las funciones del sistema, las cuales se desarrollan en relación con una estructura y tienen una finalidad, en consonancia con un medio.

La teoría de sistemas nos permite ver los fenómenos desde la perspectiva de sus relaciones, elementos propios y su direccionalidad, es decir, nos posibilita distinguir las propiedades de los sistemas, que son tres:

1.- Teleología: es el fin o propósito de todo sistema.

2.- La sinergia: es la propiedad o característica del sistema por el cual el “todo” es más que la suma de las partes.

3.- Recursividad: Cuando un elemento es SINÉRGICO, es en sí mismo un sistema, es decir, está compuesto de partes o elementos, con características tales que son a su vez elementos sinérgicos. Cada uno de ellos es una totalidad independiente. Cuando un elemento contribuye al logro de los objetivos y forma parte de una totalidad es un subsistema, el cual puede ser en sí mismo un sistema. También puede decirse que es un sistema dentro de otro sistema. La totalidad mayor que engloba tanto al subsistema como al sistema se denomina suprasistema.

Bertalanffy decía que el carácter angular de un fenómeno viviente es su organización, que el tradicional análisis de las partes y procesos aislados no daban explicación completa de los fenómenos vitales. Tal forma de análisis no daba luz acerca de la coordinación de partes y procesos.

Con esta teoría Bertalanffy plantea la existencia de sistemas abiertos y cerrados. En la teoría de los sistemas abiertos, Bertalanffy destaca otros conceptos también básicos para la comprensión y análisis de los organismos vivos como sistemas abiertos. Estos son la autorregulación y la evolución de los sistemas. El mantenimiento y autorregulación y la evolución tiene que ver con el estado constante, el equilibrio, la estabilidad de un sistema a través de mecanismos homeostáticos.

Los sistemas para mantenerse como unidad, necesitan tener límites. El límite de un sistema es aquella región que lo separa de otro, y que tiene como función filtrar o seleccionar las entradas y salidas, con el fin de proteger la diferenciación del sistema tanto dentro como fuera. Son fronteras que actúan simultáneamente para diferenciar y para proteger el sistema permitiendo la interacción con otros, lo cual dependerá de que tan permeables sean sus límites.

Los sistemas cerrados no presentan intercambio con el ambiente que los rodea, pues son herméticos a cualquier influencia ambiental.

1.2.1 El principio de equifinalidad

Para definir este término podemos señalar que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Así mismo, diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas". El estado final de cualquier sistema cerrado, está determinado por sus condiciones iniciales. Si se alteran las condiciones iniciales o el proceso, el estado final también cambiará. En cambio "en los sistemas abiertos puede alcanzarse el

mismo estado final, partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos”. Esto es equifinalidad.

- Causalidad circular: son elementos integrados que se afectan mutuamente. La relación entre esos elementos es bidireccional, de doble vía, por lo tanto la causalidad es circular.

En sistemas orgánicos tales como el cuerpo humano o la familia (a diferencia de una máquina como un automóvil), el sistema trabaja para mantener el equilibrio. Este proceso se llama **homeostasis**. En esta situación, la supervivencia del sistema toma prioridad por sobre la supervivencia de sus componentes. De esta forma, si una persona es expuesta a frío extremo, los órganos vitales estarán protegidos, mientras que las extremidades pueden ser dañadas en forma permanente por el congelamiento. Claramente esto no es una solución ideal, pero puede salvar la vida de la persona. Similarmente un individuo puede ser sacrificado en beneficio del sistema.

En dinámicas familiares esto es especialmente obvio cuando un miembro de la familia es excluido. Por ejemplo, si un miembro de la familia es excluido porque ha avergonzado a la familia a través de actividades ilegales, entonces esa exclusión tiene consecuencias para todo el resto de los miembros de la familia.

1.3 Familia y enfoque sistémico

La familia puede ser conceptualizada como un sistema ya que es integradora y multigeneracional, caracterizada, por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influida por una variedad de sistemas externos relacionados entre sí. Desde el punto de vista sistémico, la familia es considerada como cibernética, ya que las relaciones entre los miembros dependen de las reglas o leyes a partir de las cuales funcionan (González, 2007), por lo tanto, es estudiada como una unidad y no como un agregado de individuos; desde esta perspectiva es una unidad que se regula a sí misma, reintroduciendo la noción de que los resultados de su comportamiento generan modificaciones (homeostasis familiar); en ese sentido, podemos señalar también que las conductas de uno de los miembros es causa y efecto de la de los otros y todos los miembros son interdependientes entre sí. Eso también quiere decir que *“un cambio en un miembro del sistema desemboca en cambios que afectan a la totalidad del mismo”*. (González, 2007: 111-114)

La Teoría de Sistema aplicada al ámbito familiar plantea que, cuando surge un síntoma o conducta sintomática (que pueden convertirse en una enfermedad) existen dos posibilidades: primero, que la familia responda adaptativamente debido a la posesión de suficientes recursos como para generar conductas alternativas. Esto permite un ajuste en el caso de una enfermedad perdurable en el tiempo como es la dependencia a drogas y alcohol, sin que perjudique el crecimiento de la familia como tal, ni de cada uno de sus miembros en específico. En este caso, la familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene su continuidad, al mismo tiempo que permite reestructuraciones. (Minuchin, 1982)

En una segunda posibilidad, la familia responde ante una situación de stress producido por el síntoma o enfermedad, con rigidez y podrían manifestarse pautas

de interacción disfuncionales. (Minuchin, 1982) Surge así la disfuncionalidad en la familia y el sistema se vuelve funcional al síntoma emergente, ya que la organización de la familia se configura a partir de la conducta problema.

Las familias que presentan diversas problemáticas y que conviven con ellas, se les denomina familias multiproblemáticas, que es el concepto que parece reflejar más acertadamente a las familias del presente estudio.

1.4 Familia Multiproblemática

En relación a la definición de familia multiproblemática, podemos señalar que en ellas se observa un mal funcionamiento en la tareas organizativas y afectivas, siendo constantemente atendidas por agentes externos que refuerzan la incompetencia familiar; uno de los refuerzos para que esta condición se presente por ejemplo es la pobreza y la carencia de vivienda, así como también, la presencia de uno o dos miembros de la familia con comportamientos problemáticos estructurados, y constantes en el tiempo y que necesariamente requieren intervención externa; de igual manera, se habla de familia multiproblemática cuando se manifiesta claramente la negligencia de los padres que impiden un buen desarrollo de la vida familiar tales como carencia de límites o labilidad de estos.

Entre las principales características observadas en las familias definidas como multiproblemáticas, podemos señalar las siguientes:

- *Padre periférico*: papel secundario desde el punto de vista económico y afectivo, débil ausente, también autoritario y violento; en segundo lugar

después de la madre en relación al poder dentro de la familia.
(Schwartzman, 1979)

- *Pareja inestable*: Parejas muy jóvenes que tienen hijos y continúan viviendo con la madre de ella, luego él desaparece y queda la madre sola.
- *Mujer sola*: mujer marginal que cría sola a hijos que suelen ser de distintos padres, el vínculo con los hijos no les alcanza para asegurar una condición de vida adecuada lo que finalmente termina acudiendo a los servicios sociales.
- Familia petrificada: referida a un trauma dramático e imprevisto termina por modificar el funcionamiento familiar, siendo generalmente de un nivel socioeconómico más alto que el normal de las familias multiproblemáticas.
- Madre involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobreprotectora y abiertamente permisiva por ejemplo con el consumidor abusivo. (Harbin y Naziar, 1975; Klagasbrun y Davis, 1977; Salmon y Salmon, 1977, Seldin, 1972; Stanton 1979)
- Hijo infantilizado (pseudoindividualización) atrapado al interior de la familia de origen.

La familia multiproblemática presenta características particulares en su forma de comunicarse, que puede ser entendida como un síntoma principalmente en los mensajes comunicacionales que buscan proteger a la familia, aportando, a la mantención de la homeostasis familiar. Los síntomas forman parte o están íntimamente relacionados con patrones interaccionales mantenedores, los cuales al ser modificados pueden hacer desaparecer al propio síntoma.

Los sistemas de comunicación se basan principalmente en los siguientes seis eventos:

- Los acontecimientos son vividos como transitorios, que ocurren aleatoriamente y producen rápidas alteraciones emocionales.
- El control de la disciplina depende más del estado de ánimo momentáneo del adulto.
- La experiencia afectiva es más del tipo todo o nada.
- Las emociones se experimentan y se expresan con gran intensidad y escaso control.
- En la comunicación hay mucho ruido, es difícil conversar algo para llegar a una conclusión, los temas se superponen.
- Rara vez se refuerzan aspectos positivos del comportamiento.

Las particularidades anteriormente señaladas en el presente capítulo nos dan pistas para conocer cómo funciona una familia popular como sistema, y además identificar qué características debería presentar si uno de sus miembros presenta dependencia a drogas.

1.5 Familia y Drogas

Se ha observado que para poder ajustarse a un ambiente donde uno de sus miembros abusa de la droga, el sistema familiar debe adoptar comportamientos desadaptativos para poder sobrevivir. (Mendenhall, 1989) y el resultado es que la familia se vuelve funcional al proceso disfuncional que conlleva a la dependencia siendo mantenida por ciertas características propias de las familias disfuncionales.

Estas características serían entre otras las siguientes: uno o más adultos necesitan más tiempo y atención que otros, las creencias y tradiciones de la familia son más importantes que las necesidades individuales, un miembro se transforma en el punto focal de la familia y los demás deben sacrificarse por él; a los niños se les pide que asuman responsabilidades adultas y se les impide actuar como niños; no se discute abiertamente lo que ocurre en la familia; los niños aprenden a postergar sus necesidades para cuidar a los demás; la estructura es rígida e inflexible y se mantiene sin importar la situación. (Whitfield, 1984)

El patrón prototípico de las familias con un adicto masculino, se particulariza porque la madre está involucrada en una “relación indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto, que ocupa la posición de un hijo/a favorecido/a. Se sostiene que el padre de los adictos varones es distante, desapegado, débil o ausente”. (Stanton, 1985: 26). El resultado de estas interacciones es, un sistema patológico que se adhiere en forma rígida a las reglas clásicas de mantención de un sistema familiar “enfermo”. (Muldry, 1987)

El IV Estudio de Población Escolar, (CONACE, 2001), identificó la enorme importancia que tiene la familia en la prevención del consumo de drogas, esta influencia y particularmente los padres involucrados en las actividades de los hijos/as, son un factor determinante para evitar el consumo en los escolares. A través de ciertos indicadores se pudo demostrar que existe una estrecha relación entre menores niveles de consumo y el involucramiento de los padres en la crianza de los hijos.

Se define como factores protectores a aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene de ellos que son capaces de disminuir los efectos negativos de una determinada situación que puede perjudicar la salud y el bienestar. Los factores protectores cumplen un rol de protección en la salud, mitigan el impacto del riesgo y motivan al logro de las tareas propias de cada etapa del desarrollo. Enfocado el asunto desde esta perspectiva, los factores protectores, al aumentar la tolerancia ante los efectos negativos, disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar. También los Factores Protectores se asocian a la reducción de la prevalencia de una determinada conducta, actuando como parachoques de los factores de riesgo. Incluyen apego y el lazo entre adolescentes y sus padres, atributos personales, temperamentos y disposición positiva. (SEND A, s/f)

A partir de lo anterior y según resultados de estudios a nivel internacional se desprenden los siguientes factores protectores y de riesgo asociados al consumo de drogas (SEND A, s/f):

- Fuertes vínculos al interior de la familia como por ejemplo, cercanía, apoyo emocional, trato cálido y afectuoso con los hijos/as, que está claramente manifestado por los siguientes parámetros.

- Buen nivel de preocupación y atención que tiene los padres con sus hijos/as. Los hijos perciben que los padres tienen tiempo para ellos.
- El cariño se expresa abiertamente en la familia.
- Conocimiento de los problemas, intereses y necesidades de los hijos/as.
- Padres involucrados que se expresa en el conocimiento de las actividades y amigos de los hijos como por ejemplo: jugar fútbol, fiestas, entre otros.
- Disciplina familiar adecuada y normas claras de conducta dentro de la familia. Los padres protegen a sus hijos cuando establecen límites claros.
- Fortalecimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales de los hijos/as. Desarrollo de la autonomía, autocontrol, autoestima, resistencia a la presión del grupo, capacidad para reconocer y expresar sentimientos, capacidad para resolver problemas y conflictos personales, capacidad para desarrollar buenas relaciones sociales, desarrollar un buen entendimiento con sus pares, desarrollar tolerancia a la frustración.
- Actitudes y comportamientos preventivos frente al consumo de drogas por parte de los padres.
- Padres, madres y hermanos conscientes de su rol de modelos de vida sana.
- Los padres tienen una actitud clara de rechazo del consumo de drogas ilícitas y alcohol.
- No se consume drogas al interior de la familia.

- Adecuados estilos de comunicación. Diálogos abiertos acerca de los sentimientos y opiniones, respetando las diferencias individuales.
- Adecuado estilo de resolución de conflictos entre los miembros de la familia (sin violencia, agresividad y descalificación)
- Padres informados acerca de los riesgos y factores asociados al consumo de drogas. Conocimiento acerca de oportunidades de acceso a drogas, de presión social y los modelos de consumo de drogas, de la presión social y los modelos de consumo, las creencias y mitos relacionados con el consumo.
- Fortalecimiento de los vínculos con la escuela. Padres se preocupan por la asistencia y rendimiento escolar de sus hijos, reconociendo sus logros y esfuerzos, se caracteriza principalmente por la participación en la elaboración de las tareas interés por las materias que le están pasando, participación de los padres en las actividades de extracurriculares de los hijos.

Por el contrario, los factores de riesgo son aquellos aspectos que hacen que las conductas de riesgo sean más probables. Incluyen personalidad, factores sociales y biológicos como la sensación de búsqueda, expectativas, disfuncionalidades familiares, climas escolares, etc. (SENDA, s/f).

Los factores de riesgo en la familia que aumentan la probabilidad del consumo de drogas en los hijos/as (CONACE, 2003), son los siguientes:

- Historia de alcoholismo y de abuso de drogas en la familia. Uso y abuso de drogas por parte de los hermanos padres, madres y /o adultos significativos (factores genéticos, modelos, exposición).
- Actitud de aceptación y/o indiferencia respecto al consumo de alcohol y drogas ilícitas.
- Deficiencia de habilidades educativas y de crianza de los padres. Ausencia de normas y límites claros, disciplina inconsistente y/o excesivamente severa.
- Conflictos y problemas de relación entre los padres e hijos. Relaciones distantes, incompreensión.
- Estilos de comunicación inadecuados. Dificultad para hablar abiertamente acerca de los distintos sentimientos y opiniones, para respetar las diferencias individuales.
- Padres poco involucrados. Falta de atención y conocimiento de los problemas y necesidades de los hijos, falta de conocimiento de las actividades y amigos de los hijos.
- Falta de habilidades personales y sociales en los padres e hijos/as: descontrol de impulsos, falta de autonomía, baja autoestima, poca resistencia a la presión del grupo, dificultad para reconocer y expresar sentimientos, y para resolver problemas y conflictos personales.
- Trastornos mentales y comportamientos violentos en los padres y/o adultos significativos. Ambiente en el hogar hostil, agresivo, intolerante.

- Poca preocupación de los padres acerca de la asistencia y rendimiento escolar.
- Desinformación respecto del tema drogas.

Es importante destacar que las investigaciones en la temática de la rehabilitación del consumo de drogas se han basado principalmente en la identificación de los factores protectores y de riesgo del consumo de drogas y del abuso de alcohol, los que sin lugar a dudas son útiles al momento de buscar estrategias para prevenir el problema. (Nicholls, 2003)

Ambos factores se analizan al momento de caracterizar la situación familiar de los niños, niñas y adolescentes que enfrentan algún problema de adicción.

1.6 Psicoterapia Familiar en Adolescentes del COSAM

La terapia familiar, según las orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva entregadas por CONACE, para el tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes, fundamenta su actuación en el asesoramiento, intervención y tratamiento a familias o parejas que lo necesiten. En las familias con adolescentes usuarios de sustancias, no se busca la separación física y se trabaja especialmente en que los padres ejerzan mecanismos de control sobre el hijo reforzando límites y jerarquías.

El objetivo principal de la psicoterapia es orientar y ayudar a solucionar las situaciones de conflicto o crisis por las que pasa la familia y/o pareja.

Frente a lo anterior se presentan las siguientes áreas de actuación para el equipo de intervención:

- Crisis conyugal o de pareja.
- Conflictos asociados a la ruptura de la convivencia.
- Crisis paterno-filiales.
- Crisis de familia extensa.
- Problemas de comunicación, Violencia Intrafamiliar, Maltrato.

Los niveles de actuación de los equipos son los siguientes:

- Nivel terapéutico: elaborar nuevas pautas funcionales en la dinámica del sistema familiar y de la pareja.
- Nivel educativo: necesidad de una formación sistematizada y planificada de los padres y los hijos para prevenir la aparición de problemas.
- Nivel de asesoramiento: potenciar las capacidades básicas del sistema familiar y de pareja para adecuarlas a las necesidades de cada ciclo vital.

Capítulo II

La Adolescencia: Concepto y Ámbitos Psicosocioculturales

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del latín ad: hacia, y olecere, de oleré: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. La adolescencia durante un largo tiempo fue considerada una etapa de transición entre la niñez y la adultez, sin embargo, en las últimas décadas ha adquirido mayor importancia ya que ha involucrado un mayor número de años en la vida de cada sujeto. Es ante todo un periodo evolutivo de extrema complejidad donde la irrupción de cambios en todas las esferas vitales genera un (des) equilibrio sumamente dinámico, ante el cual no está preparado el/la adolescente y mucho menos su entorno, sin embargo, hay coincidencia en que esta etapa tiende a expresarse y vivirse socialmente. (Arbex, 2002)

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) la describe desde los siguientes ámbitos:

a) **Ámbito Biológico:** referido a que “el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madures sexual”. (CONACE, 2004: 49)

Esta etapa comprende la pubertad que incluye los cambios biológicos esperables, especialmente en relación a los caracteres sexuales secundarios. Durante este periodo el pensamiento se vuelve más lógico, abstracto y juicioso. Existe también un cambio importante en torno a las relaciones con su familia, las cuales se hacen más distantes, en comparación con las que tienen con el grupo de pares, que son más próximas. (CONACE, 2004)

La adolescencia comienza con la producción de hormonas sexuales, en los ovarios en las mujeres y en los testículos en los hombres. Estas hormonas producen una serie de cambios fisiológicos que llevan a la menstruación y la ovulación en las mujeres y en la producción de esperma en los hombres, lo anteriormente descrito se define como las características sexuales primarias que indican que los adolescentes ya se encuentran en condiciones de reproducirse. (Lahey, 1999)

Los cambios más evidentes que se producen durante la adolescencia son la aparición de las características sexuales secundarias. Con la pubertad se da inicio a la adolescencia, etapa en la cual existen cambios en el ámbito neuro biológico, la evidencia de estos cambios tanto organizacionales como funcionales se produce principalmente en los lóbulos frontales. Las áreas del lóbulo frontal juegan un rol crítico en una variedad de procesos, incluyendo la planificación y toma de decisiones, el control impulsivo, los movimientos voluntarios, la memoria y una variedad de otras funciones. La sustancia gris del lóbulo frontal alcanza su punto más alto de su desarrollo entre los 11 y 12 años y desde allí decrece durante la adolescencia (Geidd y col., 1999). Este descenso de la sustancia gris probablemente refleja dos procesos separados: la disminución de sinapsis entre neuronas en el lóbulo frontal y la disminución del proceso de mielinización en los lóbulos frontales. Mientras estos cambios organizacionales se llevan a cabo, existen cambios concomitantes en la actividad de esta zona. Aunque la totalidad de la energía utilizada en los lobulos frontales disminuye durante esta etapa (Chiron y col., 1992; Bentorkia y col., 1998), estudios de resonancia magnética nuclear funcional sugieren que la actividad que ocurre en los lóbulos frontales en la ejecución de ciertas tareas aumenta. (Rubia y col., 2000).

Se sugieren otros cambios cerebrales en el periodo adolescente tales como que el cuerpo calloso aumenta su tamaño, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos parietales involucrados en el proceso de la información sensorial, entre otras funciones, alcanza su mayor desarrollo alrededor de los 11 años y disminuye hacia la adolescencia, el volumen de la sustancia gris de los occipitales (involucrados en el proceso de la información visual) se incrementa desde la adolescencia hasta el inicio de los 20 años; el volumen de los lóbulos temporales (críticamente involucrados en la formación de la memoria así como en el procesamiento visual y auditivo) no alcanza su máximo desarrollo sino hasta los 16 o 17 años.(Geidd y et al., 1999)

De este modo, aunque aún no está claro lo que estos cambios significan, lo que parece que está ocurriendo durante la adolescencia es que los lóbulos frontales y las otras estructuras señaladas se hacen cada vez más eficientes en relación a las ejecuciones de la vida adulta. Se plantea, probablemente, que esta especialización del cerebro adolescente, al menos en parte, mediada por la experiencia, pueda tener la posibilidad de alterarse en su desarrollo normal con el uso y el abuso de drogas en este periodo. (Apear, 2000)

b) **Ámbito Psicológico**, “los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde las de un niño a las de un adulto”. (CONACE, 2004:49).Algunas características psicológicas propias de la adolescencia y que se relacionan con el significado etimológico del término se refieren a los siguientes aspectos (CONACE, 2004):

- Imagen de sí mismo inestable, negativa.
- Impulsividad.

- Negativismo, espíritu de contradicción.
- Labilidad emocional (cambios bruscos de humor).
- Omnipotencia.
- Egocentrismo: cree que todos están preocupados de él o ella.
- Sentimiento de soledad: cree que es único y especial.
- Necesidad del amigo íntimo.

Según Piaget, esta fase se caracteriza por ser la etapa del desarrollo cognitivo o de las operaciones abstractas. La característica del pensamiento adolescente consiste en manipular las ideas y no solamente los objetos (CONACE, 2004), por lo tanto, en esta etapa las operaciones formales van más allá de los sucesos o problemas, sino que llegan al principio que existe detrás de ellos. (Lahey, 1999)

A las modificaciones descritas anteriormente que tienen que ver con las modificaciones anátomo - fisiológicas se agrega un “movimiento intrapsíquico”, unido principalmente a la separación de las personas influyentes de su infancia, a un cambio en las formas de relacionarse y a los objetivos en común. (CONACE, 2008). Del mismo modo, los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos. Apareciendo jerarquizaciones en su pensamiento y haciendo que sobresalgan diferentes pensamientos, de allí el origen de lo que hace que sobresalgan diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son ensayados experimentalmente y valorados en el fortalecimiento de la autoestima. (CONACE, 2008: 52)

c) **Ámbito Social:** como ya se enunciaba en párrafos precedentes, en la adolescencia se producen importantes cambios, principalmente en las relaciones sociales, se origina un periodo de dispersión y en un gran porcentaje de alejamiento de la unidad familiar, principalmente los jóvenes se distancian de los padres, pasando a ser los compañeros o iguales las personas más importantes de su vida; al mismo tiempo que las relaciones de amistad y las amorosas se hacen más intensas, el adolescente se interesa menos por las actividades familiares y puede empezar a rechazar algunos valores familiares y a rebelarse contra la autoridad paterna. (Lahey, 1999). Al final de la adolescencia “se realiza una transición desde un estado de dependencia económica total a una relativa independencia”. (CONACE, 2004: 49).

Resumiendo, algunas características sociales que se destacan del adolescente son las siguientes:

- Importancia del grupo (para afirmar su imagen).
- Deseo de emular a los adultos (lenguaje, vestuario, adornos no convencionales).
- Revisión crítica a valores éticos, religiosos, entre otros.
- Conflicto ambivalente de rechazo y dependencia del grupo familiar.
- Problemas con los derechos y deberes.

Estos ámbitos consideran integralmente al joven, valorando las tres grandes vertientes del desarrollo humano, entendiendo este como “un complejo encadenamiento de cambio o transformación”. (Berurut y Zegers, 1980). En

síntesis, se puede identificar el inicio de la adolescencia con la aparición de las características sexuales secundarias, sin embargo el término de ella es muy variable. Desde un punto de vista social, podría decirse que la adolescencia termina cuando él o la joven alcanzan una relativa independencia económica. Desde el punto de vista jurídico los adolescentes y niños en Chile son todas las personas menores de 18 años de edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1965) la adolescencia es el período de la vida comprendido entre los 10 y 20 años. Este organismo expresa, además, como prioridad la preocupación por los adolescentes y por entrenar al personal de salud para aumentar sus conocimientos con respecto al tema, ya que son un grupo etario que difiere en lo psicológico y fisiológico de adultos y niños.

2.1 Etapas de la adolescencia

Según los psicólogos Berwart y Zegers (1980) esta etapa del ciclo vital puede subdividirse en tres periodos.

Prepubertad: que se caracteriza por “importantes cambios y transformaciones biológicas. En lo psicológico, se caracteriza por producirse una desestructuración de los logros alcanzados en la edad escolar, que se expresa en labilidad, impulsividad, superficialidad de la conducta”. (Berwart y Zegers, 1980:150)

Pubertad: Constituye el componente biológico de la adolescencia. Se refiere a los cambios fisiológicos que ocurren en el niño/a hasta la maduración de los órganos sexuales y alcanzar la capacidad reproductiva. La pubertad es la segunda etapa

de la vida en que se crece tanto y tan rápido caracterizándose por ser un periodo de alta vulnerabilidad; en la pubertad aparecen los caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva, el proceso puede durar de dos a cinco años. Desde una perspectiva individual debemos recordar que la pubertad se manifiesta por profundas modificaciones fisiológicas que evidentemente tienen importantes repercusiones psicológicas y/o sociales, tanto a nivel de la realidad concreta como a nivel de lo imaginario y lo simbólico. El cuerpo se transforma a un ritmo variable, pero de forma global, enfrentándose pues el sujeto a una serie de modificaciones corporales que le cuesta integrar y que sobrevienen a un ritmo rápido. El cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de sus conflictos, además de mostrar sus formas de relación. En esta etapa se produce la maduración sexual. En lo psicológico, se identifica por su dinámica individual: “el joven se inclina a sí mismo; es una etapa de introversión activa. La nueva apariencia corporal, unida a las nuevas potencialidades para sentir y actuar, lo lleva a una búsqueda de identidad personal”. (Berwart y Zegers, 1980:150)

Adolescencia: Los adolescentes buscan integrarse a la sociedad. En esta etapa existe una marcada extraversión, que finalmente lo ayuda a definir su elección vocacional, a “tomar una posición frente a la vida y a conciliar sus propios valores con los valores de la sociedad a la cual pertenece. La meta de la adolescencia sería el logro de una identidad personal”. (Berwart y Zegers, 1980:150)

Según la exposición realizada por la doctora Toledo (1997), el proceso de la adolescencia tiene muchas características que lo hacen especialmente vulnerable, al final de esta etapa es necesario haber cumplido con ciertos objetivos para considerarlo como un final de fase exitoso, como son los siguientes:

- Aceptación de la propia figura, del esquema corporal y del papel correspondiente según el sexo (roles masculinos o femeninos).
- Nuevas relaciones con pares de ambos sexos.
- Independencia emocional respecto de los padres y otros adultos.
- Elección y capacitación para una ocupación.
- Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la competencia en la vida; en la adolescencia los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos. Aparecen jerarquizaciones en su pensamiento, los que hace que sobresalgan diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son ensayados experimentalmente y valorados en el fortalecimiento de la autoestima, por la biografía. (Krauskopf, 2000)

Como ya se decía, las reseñas anteriormente señaladas reflejan rasgos propios de esta etapa del ciclo vital, de ahí la necesidad de visibilizar esta etapa del crecimiento humano, desde una mira diferente a lo adultocéntrico (desde el adulto para los adultos y con los adultos). (CONACE 2008).

Es importante señalar que es en la adolescencia donde los jóvenes comienzan primariamente el consumo de drogas, principalmente por la influencia de los pares, si bien es cierto muchos casos, estos consumos no pasan de ser ocasionales, un número importante de estos jóvenes pasan a ser consumidores habituales de drogas, y en algunos casos a depender física y psicológicamente de ellas. Como es el caso de los adolescentes, objeto de este estudio.

Capítulo III

Las Drogas y la Adicción: Alcances del término

Droga es cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (nasal, inyectada, fumada o tragada), tiene la capacidad de provocar cambios en su funcionamiento, los que se manifiestan a través de alteraciones físicas y psicológicas. (Anexo 3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), identifica a la droga, como “Cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo altera la actividad psíquica y el funcionamiento del organismo, por la causa de los distintos efectos que se producen en el Sistema Nervioso Central”. (www.conace.gov\2001)

Las drogas se pueden clasificar de diversas formas: según su origen, su condición de legalidad y según sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central. De acuerdo a esta última forma de clasificación se pueden distinguir la siguiente tipología:

Drogas Estimulantes: Son aquellas que actúan acelerando los procesos mentales, haciendo que la persona que la consume se sienta más alerta y eufórica, aumenta la actividad motriz y se estimula el sistema cardiovascular. Las más conocidas son la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis.

Drogas Depresoras: Atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia actuando como calmantes o sedantes, disminuyendo todas las funciones

relacionadas con el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran drogas como el alcohol, la marihuana, la heroína, las benzodiazepinas y los inhalantes.

Drogas Alucinógenas o Distorsionadoras: Son aquellas drogas que alteran la percepción. Las más conocidas son el LSD y la mescalina, la marihuana (que también es droga depresora del sistema nervioso central).

En relación a los distintos tipos de drogas podemos señalar que cada sustancia tiene sus propias características, efectos y poder adictivo. Por esto, cada una de ellas implica problemáticas diferentes en relación a la oferta y la relación que se establece con la sustancia, tanto a nivel individual como sociocultural. Los expertos en la materia señalan que el tiempo de exposición de una persona a la droga, determina la influencia bioquímica de la sustancia y el posible desarrollo de la dependencia. (www.conace.gov\2001).

Es importante destacar que si bien la adicción es una conducta individual, a nivel macrosocial, existen múltiples factores, entre los cuales destacan los valores por los que se rige la sociedad actual como el consumismo, el individualismo, etc., que incentivan el consumo de estimulantes para rendir y alcanzar el éxito que la sociedad exacerba.

Respecto del desarrollo de la adicción, son importantes las características biológicas del individuo, tales como su constitución física, la edad, el estado nutricional y de salud, capacidad de metabolización, predisposición genética, entre otros factores biológicos, los cuales sería fundamental identificar precozmente. (www.conace.gov\2001)

Dentro de los factores psicológicos son determinantes las características de personalidad, incluidas, entre otras, la autoimagen y las habilidades interpersonales tales como la asertividad y la capacidad de tomar decisiones autónomas, el sentido de pertenencia, las actitudes hacia la droga y los valores. También se ha mencionado como factor incidente la imitación, relacionada con la identificación con ciertos modelos y estilos de vida. (www.conace.gov\2001)

El factor socio ambiental se refiere a las características socioculturales del medio en donde se da el consumo. Estas incluyen tanto el medio cercano de la persona, familia, grupo de pares y trabajo, como el medio social, geográfico y cultural en el que este se desenvuelve. Dentro de esto, se puede decir que la familia influye poderosamente en la conducta de consumo a través del tipo y calidad de las relaciones familiares, lo cual determina la importancia que tiene la familia respecto a otras fuentes de influencia como son el grupo de pares. (www.conace.gov\2001)

Respecto a la calidad de las relaciones familiares, ésta se vincula a la expresión de los afectos, la comunicación, la fijación de normas y límites, refuerzos, estímulos y modelos de imitación de los padres (www.conace.gov\2001)

Ambas fuentes de influencia (familia y pares), pueden actuar como modelos (ejemplificando conductas, formas de ser, estilos de vida) y/o como agentes normativos, definiendo a través de sus expectativas expresadas en actitudes y conductas el comportamiento adecuado o inadecuado en distintas situaciones, entre ellas, la conducta respecto a las drogas y su consumo. (www.conace.gov\2001)

Respecto de una tipología de consumo podemos encontrar, la siguiente:

A) Consumo Experimental:

En la etapa de iniciación del consumo, éste tiene un carácter experimental. Se usan drogas para probar sus efectos, como método de evasión o por compartir una nueva experiencia con otros. En contra de lo que se puede pensar, los primeros contactos con las drogas acostumbran a darse de modo fortuito y casual, a menudo asociados a motivaciones como la curiosidad, la presión social al consumo y la ausencia de otros medios para hacer frente a situaciones de dificultad que surgen en la vida de cualquier persona. (CONACE, 2005)

En la mayoría de los casos no evoluciona hacia otro tipo de consumo más habitual o problemático, ya que la persona puede perfectamente tomar la decisión de interrumpir un consumo, ya sea porque perciba el riesgo de que se haga más frecuente y le provoque problemas o porque, sencillamente, no sea una satisfacción importante para él. (CONACE, 2005)

Algunos Indicadores, de esta etapa:

- La persona desconoce los efectos de la droga.
- Consume para experimentar, para saber qué se siente.
- Generalmente consume en el marco de un grupo que invita a probarla.
- Consume los fines de semana o en las fiestas.

B) Consumo Ocasional:

En esta etapa la persona consume drogas de manera esporádica, en grupos con los cuales se siente en confianza y que no le acarreen mayor riesgo. La persona ya ha experimentado los efectos y puede repetir las sensaciones placenteras que le provoca la sustancia. También puede no hacerlo y estar en la situación grupal. Aprovecha la ocasión, no la busca directamente. (CONACE: 2005)

Algunos indicadores de esta etapa:

- La persona continua utilizando la droga en grupo.
- Es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de consumir droga.
- Conoce los efectos de la droga en su organismo y por eso la consume.
- La persona aprovecha la ocasión, no la busca directamente.
- Se relaciona con grupos o personas que pueden proveerlo.

C) Consumo Habitual:

Es el contexto de ocio de algunas personas. Esta conducta conlleva a un elevado riesgo de avanzar hacia un consumo sistemático con el consiguiente peligro de generar dependencia. Busca la situación para el consumo, lo puede hacer en grupo o en forma aislada. Ya conoce los lugares y formas de acceder a la compra; se inicia el hábito. (CONACE: 2005)

Algunos Indicadores:

- La persona consume en diversas situaciones.
- Consume tanto en grupo como en forma individual.
- Conoce el precio, la calidad y los efectos de las drogas (solas o combinadas).
- Establece un hábito de consumo.

D) Consumo abusivo y/o perjudicial

El Consumo Abusivo y/o Perjudicial corresponde a una forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental. Con este tipo de consumo se presenta el llamado Síndrome de Dependencia que es un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras un consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga, dificultades para

controlar el consumo, persistencia en el consumo a pesar de conocer las consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física. La persona establece un patrón de consumo en el cual ya no es de importancia estar solo para obtener la droga. (CONACE: 2005)

Algunos Indicadores:

- La persona consume en situaciones grupales o individuales concertadamente.
- Consume en forma selectiva una o más drogas.
- La persona pierde la capacidad para detener o abstenerse del consumo.
- El consumo le genera cambios en sus conductas y en las relaciones interpersonales.
- Conoce la calidad y busca impulsivamente los efectos de la sustancia, tanto los efectos físicos como psicológicos (solos o combinados).
- Consume en situaciones de riesgo o peligro para sí mismo o para otros y no mediatiza las consecuencias de sus conductas.
- Por su forma de consumo, comienza a tener problemas con su familia, trabajo, etc.

E) Consumo dependiente:

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognitivos, de comportamiento y físicos, que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a la ingesta compulsiva de la sustancia, que hace que la persona siga consumiendo, no ya para obtener los beneficios asociados a éste, sino para evitar la aparición de síntomas negativos derivados de la falta de la sustancia. (CONACE: 2005)

Algunos indicadores del consumo dependiente:

- El consumidor utiliza mayor cantidad de drogas por un periodo de tiempo más largo de lo que pretendía.
- Toma conciencia de la dificultad para controlar el uso de drogas.
- Tiene dificultades para controlar el uso de drogas.
- Realiza actividades relacionadas con la obtención y consumo de drogas.
- Presenta intoxicación frecuente y síntomas de abstinencia.
- Reduce considerablemente o abandona las actividades sociales, laborales, educativas o recreativas.
- Usa continuamente drogas a pesar de estar consciente de los problemas que le causan.

- Recurre a las drogas para aliviar el malestar provocado por su falta.
- Tiene incapacidad de abstenerse y detenerse
- Presenta problemas físicos asociados.

3.1 Modelos teóricos que explican la drogodependencia

Durante las dos últimas décadas, los tratamientos en cuanto a la rehabilitación del consumo de drogas se basan principalmente en el modelo médico, con un fuerte apoyo de las terapias de corte cognitivo conductual y el siempre presente modelo de los doce pasos (Alcohólicos Anónimos) en los cuales se basan principalmente la mayoría de los tratamientos realizados en las comunidades terapéuticas.

En cuanto a los modelos teóricos que explican la drogodependencia se puede señalar que coinciden en que no existe un único factor para explicar la problemática de la drogodependencia. De acuerdo con lo anteriormente señalado han surgido diferentes modelos teóricos que sustentan las distintas metodologías de intervención con estos jóvenes; que hacen hincapié en su multidimensionalidad, entre estos se destacan; se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno. Contribuyen a la identificación de las principales áreas que se encuentran alteradas en el adolescente. (Ministerio de Salud 2006)

a) El modelo Biopsicosocial el cual se define como un enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

b) El modelo de Competencia Social, que según señala el Consejo de la Unión Europea el (2006) “se centra en el bienestar personal y colectivo, en el estado de salud física y mental de las personas, en el yo interno y de los demás, en el aprender a vivir con los demás en el entorno próximo. (CONACE; 2005)

c) El modelo Transteórico para el Cambio (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) surgió a partir de la observación de lo que ocurre con los procesos de cambio en la psicoterapia, y luego ha sido utilizado en diversas áreas de la conducta de salud. Dicho modelo se plantea como un esquema explicativo general del cambio. Se basa en la premisa de que las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, ellas pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Las cinco etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta de acuerdo con este modelo son las siguientes: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantención. Es este el modelo principal que utiliza el programa de tratamiento ambulatorio del COSAM, para llevar a cabo el proceso de tratamiento que los jóvenes efectúan en su centro, es por este motivo, que se hace necesario describir brevemente las etapas de este proceso.

Pre contemplación:

Es la etapa en la cual no existe intención de cambiar la conducta en el futuro previsible. Los individuos en esta etapa o bien no están informados acerca de los efectos a largo plazo de su conducta actual, o están desmoralizados acerca de su capacidad para cambiar. Ellos tampoco quieren pensar acerca de la posibilidad de cambio y pueden ser muy defensivos, especialmente frente a las presiones sociales para cambiar. El rasgo central de esta etapa es la resistencia a reconocer o modificar un problema.

Contemplación:

Es la etapa en la cual las personas son conscientes que existe un problema y están pensando seriamente en resolverlo, pero no hay un compromiso aún para pasar a la acción. Los individuos pueden permanecer en esta etapa por más de dos años, a pesar de la intención de cambiar. Aquéllos que sustituyen la acción por el pensamiento serían considerados como contempladores crónicos. Los contempladores son ambivalentes respecto al cambio porque ellos perciben como aproximadamente equivalentes los pro y los contra de la conducta indeseable, El elemento central de la contemplación es una consideración seria de la resolución del problema.

Preparación:

Se caracteriza por hacer pequeños cambios. Habitualmente los preparadores tienen un plan de acción o han hecho algunos cambios de conducta, pero no han alcanzado aún un criterio conductual preestablecido para alcanzar la etapa de

acción. La preparación combina criterios de intención y conducta, los individuos tienen la intención de tomar acciones en un futuro muy cercano (un mes) y/o han tomado acciones no exitosamente en el año anterior.

Acción:

Es la etapa en la cual los individuos se involucran activamente, en la nueva conducta, habiendo ocurrido cambios conductuales manifiestos dentro de los últimos seis meses.

Los individuos en esta etapa modifican su conducta, experiencias o ambiente con el propósito de superar sus problemas, modificaciones que son altamente visibles y que reciben gran reconocimiento. Ésta es la etapa menos estable (0 a 6 meses) y se corresponde con el mayor riesgo de recaída. Los elementos centrales de esta etapa son la modificación de la conducta objetivo hasta un criterio preestablecido y significativos esfuerzos manifiestos de cambio.

Mantención:

Es la etapa en la cual los individuos están sosteniendo el cambio en el tiempo. Es un período de cambio continuado en el cual las personas trabajan para prevenir recaídas y consolidar las ganancias obtenidas durante la etapa de acción. Los elementos centrales de esta etapa son la estabilización del cambio conductual y la evitación de recaídas.

En esta etapa, puede ser diferente el panorama para conductas a eliminar y para conductas a adoptar. Así, la definición de eliminación sería una ausencia absoluta

de tentación para involucrarse en la antigua conducta y un 100% de eficacia para involucrarse en la nueva conducta saludable.

Debido a que en una variedad de cambios de conductas las recaídas son la regla más que la excepción, se observa que las personas no progresan a través de un patrón lineal desde la primera etapa a la última. Lo común es que los individuos retornen a etapas previas, de una manera cíclica, antes de alcanzar la mantención, por lo cual el modelo plantea que el patrón de cambio habitualmente es más circular que lineal. Así, a través de su progresión por distintas etapas la mayoría de las personas recaen, y aunque algunas podrán abandonar totalmente el intento de cambio, la mayoría de las personas retomarán el ciclo de cambio en alguna etapa anterior.

Una implicación muy importante de esta forma de concebir el cambio conductual, es que se considera que las recaídas pueden constituir una instancia de aprendizaje y preparar al individuo para enfrentar mejor el siguiente intento de cambio.

Y otro aspecto esencial es que el monto de cambio que puede esperarse, luego de una intervención, está fuertemente determinado por la etapa de cambio en que estaba el individuo antes de esa intervención. Por lo tanto, los programas de tratamiento o de cambio conductual no debe tratar a todas las personas de la misma manera, sino que deberían adecuar sus intervenciones a la etapa de cambio en que se encuentra cada individuo y a sus características particulares.

3.2 Modelo Transteórico

El modelo postula como dos grandes factores que influyen en el cambio conductual el balance decisional y la auto eficacia. El balance decisional se refiere a la estimación de beneficios y costos de una conducta y sería un elemento muy importante en la toma de decisiones y por lo tanto en el cambio de la conducta. El otro elemento crítico en el cambio conductual, también presente en otros modelos, sería la autoeficacia, la cual involucra un juicio acerca de las propias habilidades para ejecutar una conducta requerida con el propósito de lograr ciertos resultados.

Ambos señalan que “no existe ni un único motivo para iniciar y mantener el consumo de drogas, ni una manera exclusiva de volverse drogodependiente..., sólo a partir de las consideración de las tres vértices del triangulo, “sujeto, sustancia y contexto”, se puede alcanzar una visión más objetiva de la realidad”. (CONACE, 2002/3). *En relación a este punto podemos señalar que las “variables en el sujeto serían las siguientes características de personalidad (impulsividad, introversión, extraversión, baja o alta autoestima, etc.), las características familiares, las expectativas respecto a la sustancia, la motivación personal, la edad y la vulnerabilidad orgánica entre otras. Las variables referidas al contexto consumo son lugar de ocio, trabajo, escolar, presión de grupo, etc., mientras que las referidas a la sustancia tendrían que ver el tipo de sustancia, el potencial adictivo, vía de administración y disponibilidad de la misma. La interacción de diferentes variables de dichos factores puede determinar porque un individuo que tiene acceso a la droga la consume de forma perjudicial mientras que otro con similares facilidades no lo hace.”(Ortuño, 2010:338)*

En la etiología de la dependencia a las drogas se puede considerar una serie de factores que inciden, en el consumo de drogas que según el Ministerio de Salud (1996) se pueden dividir de la siguiente manera:

a) Factores atribuibles al medio o contexto sociocultural:

Referido al espacio donde se produce el consumo que se lee como las normas, valores y significados y representaciones sociales que se dan en torno al consumo: se refiere a las características socioculturales del ambiente en el que se desarrolla el consumo (familia, grupo de pares, instituciones de pertenencia, medio social y cultural, aceptación o sanción social, leyes, disponibilidad de la droga). (Conace, 2005)

b) Factores familiares

Relativos a la génesis familiar se puede hacer referencia a la situación socioeconómica en extremos inferiores (pobreza o extrema pobreza, entendiéndose por esta la carencia de lo necesario para el sustento de la vida. (Ander-Egg, 1995) o superiores (riqueza, entendiéndose por ésta la persona o personas que poseen más de lo normal. (Ander-Egg, 1995), hijos no deseados, ausencia de figuras parentales (abandono paterno y/o materno), desperfilamiento del rol público (función socializadora) y privado de la familia (existencia o no de normas claras de crianza al interior) uniones sucesivas del jefe o jefa de hogar (convivencias inestables, rotativas de hermanastros y hermanastras y padrastros), convivencias precoces con hijos\maternidad precoz.

Relativos a estructura y dinámica familiar que refleja deficientes modelos de vida y falta de expectativas, padres ausentes, estructura autoritaria o permisiva, falta de afecto, incomunicación o diálogo exclusivamente funcional, falta de respeto y de aceptación de la individualidad, baja educación parental, escasez de tiempo compartido, falta de estimulación – refuerzo y apoyo en las tareas de desarrollo, crítica y desvalorización de los hijos, inconsistencia en la transmisión de valores, de normas y límites ausencia de organizaciones que ofrezcan espacios donde la familia se integre, falta de redes sociales de apoyo, contactos interfamiliares mínimos (casi la totalidad de los contactos fuera de la familia son individuales).

Problemas de salud mental en la familia el beber problema o consumo de drogas en los padres, patología psiquiátrica de los padres (esquizofrenia, trastornos severos de la personalidad, trastornos afectivos, trastornos emocionales).

Disfunción conyugal: violencia intrafamiliar, abuso de poder (maltrato o violencia física y psíquica, abuso sexual, así como la desintegración familiar expresada en niños abandonados, desprotegidos, desarrollando estrategias de sobrevivencia desde edades tempranas.

c) Factores Educativos:

Ausentismo y deserción escolar, bajo rendimiento y fracaso escolar, prolongación de edades de estudio, desprestigio de la autoridad del profesorado, estudios sin vocación y por necesidad, pérdida del sentido de trascendencia y religiosidad, agresividad y rebeldía, imitación de los pares, retraimiento, aislamiento y negativismo para llamar la atención. (CONACE: 2005)

d) Factores Laborales:

Labores y oficios con alto contacto con drogas, labores y oficios en los que el consumo de drogas es habitual, ausentismo laboral, falta de responsabilidad en el trabajo, trabajo a tiempo parcial, medio ambiente laboral con altos niveles de exigencia y competitividad. (CONACE: 2004)

e) Factores en relación con los pares (especialmente jóvenes)

Organizaciones informales en pugna con las formales, sentimiento de ser manipulados por las estructuras formales, falta de oportunidades de participación y protagonismo, sentimiento de ser una carga para la familia, carencia de proyecto de vida, sentimiento de estar desamparado y marginado (fuera del sistema), seguimiento a líderes negativos, alto grado de confianza y simbiosis con los pares. (CONACE: 2005)

f) Factores atribuibles a la persona

Interacción entre las áreas, sociales y psicológicas del sujeto (características de personalidad, pautas culturales, aprendizajes, etc.) y física (sexo, edad, contextura física, etc.) con las distintas sustancias. (CONACE: 2005)

Rasgos de personalidad tales como inseguridad, falta de destrezas sociales, rasgos depresivos, déficit intelectual, dependencia afectiva, intolerancia a la adversidad y frustración, involucramiento en conductas problemáticas, bajo nivel

educacional, baja autoestima y expectativas de éxito menguadas. (CONACE: 2005)

Se ha mencionado también la admisibilidad del uso de drogas, sensibilidad a las drogas, animosidad o resistencia hacia la familia dominante –escuela- las instituciones religiosas y otras organizaciones de apoyo, tendencia a poner a prueba límites, tomar riesgos y experimentar. (CONACE: 2005)

g) Factores biológicos

Tales como herencia, factores metabólicos, predisposición neuroquímica y enfermedades médicas y/o psiquiátricas, personalidad limítrofe y antisocial, impulsividad, búsqueda de riesgos, familia con desordenes afectivos y de pánico. (CONACE: 2005)

En resumen podemos concluir que las temáticas drogas es multifactorial y va a depender de que diversos componentes se articulen para poder definir a un individuo como consumidor o no y a los caminos que deben seguir su tratamiento.

II Parte

Marco Referencial

Capítulo IV

Chile y los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes

De acuerdo a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, son niños todas las personas que no han cumplido 18 años de edad (artículo 1). En Chile, de acuerdo a los datos del Censo de 2002, la población infantil era de 4.671.830 personas, sobre un total de 15.116.435 habitantes, lo que representa un 30,9% del total. Del total de la población infantil a esa fecha, 2.379.281 eran niños y 2.292.549 niñas. Proporcionalmente, la población infantil ha ido disminuyendo progresivamente en el país, desde ser la mitad de la población nacional en 1970, al 34,8% en 1992, a un tercio el 2002. 4 de cada 10 niños chilenos se encuentran bajo la línea de pobreza. La pobreza en hogares con niños tiene una incidencia mucho mayor que en aquellos sin niños. Al año 2003, la pobreza afectaba a los niños chilenos un 43% más que los adultos, y la indigencia, un 55% más. Se considera que a lo menos un quinto de los niños en Chile carece de las condiciones de vida apropiadas para crecer y desarrollarse adecuadamente. (OPCION, 2006)

Fue así como en 1990, Chile junto a otros 57 países, ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, asumiendo el compromiso de asegurarles a estos los derechos y principios consagrados ella.

Aunque la convención tiene 54 artículos, se rige por **cuatro principios fundamentales, a saber:**

No discriminación: El niño no deberá sufrir debido a su raza, color, género, idioma, religión, nacionalidad, origen social o étnico, o por ninguna opinión política o de otro tipo; ni tampoco debido a su casta o por alguna discapacidad.

El interés superior del niño: las leyes y las medidas que afecten a la infancia deben tener primero en cuenta su interés superior y beneficiarlo de la mejor manera posible.

Supervivencia, desarrollo y protección: las autoridades del país deben proteger al niño y garantizar su desarrollo pleno - físico, espiritual, moral y social.

Participación: Los niños tienen derecho a expresar su opinión en las decisiones que le afecten, y que sus opiniones se tomen en cuenta.

El trabajo infantil, que es una de las mayores preocupaciones a nivel mundial en temas de infancia, ha sido medido con diversos instrumentos en los años recientes. Una encuesta realizada por el Ministerio del Trabajo en el 2003 reveló que existían aproximadamente 238.000 niños (de entre 5 y 17 años) trabajando, es decir, un 6,6% de la población de ese tramo de edades. La mayoría (83%) de esos niños se encontraban estudiando, pero aquellos que trabajan y estudian dedican en promedio 23 horas semanales a trabajar, lo que constituye un factor que obstaculiza severamente su éxito escolar. (OPCION, 2006)

El maltrato infantil y la violencia al interior de la familia son realidades cuya importancia se ha ido relevando en Chile. Mediciones hechas en 1994 señalaron

que el 63% de los niños sufría algún tipo de violencia física causada por padres o parientes. Esta proporción bajó a 53,9% el 2000. Dentro de ellos, el 25,4% había sufrido violencia física grave, el 19,7% sólo violencia psicológica. (OPCION, 2006)

En cuanto a la adolescencia en Chile se puede señalar que según el censo de 2002 el 26,1% de la población chilena está constituida por jóvenes de entre 13 y 29 años. Existe un alto porcentaje de cesantía entre los jóvenes (21,1%), lo que implica que muchos de ellos no tienen ingresos personales o para aportar a sus familias. Si se suma a esto, que un 39,6% de la población joven hoy vive en una situación de pobreza, nos encontramos con un grupo que, además, de no tener trabajo, vive situaciones de marginalidad y de pocas posibilidades económicas, lo que conforma un círculo vicioso, pues sin trabajo difícilmente podrán dejar la pobreza. (Censo, 2002)

4.1 Antecedentes Generales Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMOS), atiende a la población más numerosa del país, que incluye a las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirqué, es decir, el sector suroriente de la Región Metropolitana.

El sector Sur Oriente de la capital concentra una gran cantidad de población dentro del Gran Santiago. Esta zona se caracteriza por tener población joven de clase media y baja que lucha día a día por salir de la pobreza, la discriminación y la falta de oportunidades tanto a nivel escolar, laboral, de vivienda entre otros; la carencia significativa en relación al resguardo de sus necesidades básicas marca a muchos jóvenes que los expulsa de sus familias; en la calle los jóvenes conocen otras formas de relacionarse con el medio que los rodea, involucrándose en más de algún caso en problemáticas como la droga, la infracción de Ley, el

embarazo adolescente, entre otros. Estas problemáticas generan grandes esfuerzos tanto de los municipios como de los servicios de salud para mejorar la calidad de vida de los jóvenes.

Está conformado por 71 establecimientos distribuidos en siete comunas; cinco urbanas y dos rurales.

El Servicio Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) tiene una población asignada de 1.347.210 habitantes; el 60% son beneficiarios de FONASA (cotizantes o indigentes) y el 55,8% aproximadamente corresponde a población femenina.

El Servicio dispone de un total de 71 establecimientos de Atención Primaria, distribuidos en Centros de Salud Familiar, SAPU, COSAM, Postas y Consultorios de Salud Rural. Para la atención especializada y de urgencia cuenta con dos Centros de Referencia, un hospital base de mayor complejidad, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río, un establecimiento de baja complejidad, el Hospital San José de Maipo y el Hospital Padre Hurtado.

Para efectos de racionalizar la entrega de los servicios de salud en la superficie territorial y poblacional sur oriente, ésta se divide en tres redes (Cordillera, Padre Hurtado y La Florida) las cuales están conformada por 71 establecimientos distribuidos en siete comunas: cinco urbanas (Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana) y dos rurales (San José de Maipo y Pirque).

4.2. Características socio demográficas de la población del SSMSO

Antecedentes Demográficos

En Chile el fenómeno demográfico se ha caracterizado por una disminución de la fecundidad, descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad, lo que ha contribuido a un cambio en la estructura poblacional. (SSMSO, 2010).

La población de la Red de Salud Sur Oriente corresponde a una estructura de transición en proceso de envejecimiento. Este proceso se ve reflejado cuando se comparan los resultados del Censo 2002 con los del año 1990. (SSMSO, 2010).

Tabla N° 1 Envejecimiento Poblacional mayor de 65 años en el SSMSO

1990		2002	
N°	%	N°	%
36.361	3,9	71.986	5,5

Fuente: Diagnóstico Epidemiológico Servicio de Salud Sur Oriente, Departamento de Gestión, año 2010

En este periodo, la población de 0 a 14 años disminuyó proporcionalmente de 32,5% a 27,1% del total de población. Esto se contrasta con la duplicación que hubo de la población de 65 y mas años, cuando en el año 1990 se registraron 36.361 personas en este grupo de edad (3,9 % de la población), en el censo 2002 fueron 71.986 mayores de 65 años (5,5% de la población). (SSMSO, 2010).

El proceso de envejecimiento también se acompaña de la feminización de la población, que según los datos de ese último censo se inician en los grupos de 30

y más años, alcanzando su máxima representación en el grupo de 70 años y más, donde el 61% de la población está constituido por mujeres.

Estructura Poblacional

La proyección de población total para el año 2009 basada en el último Censo INE, año 2002, correspondiente a la Red Sur oriente, asciende a 1.500.651 personas, la que representa el 22,6 % de la población total de la Región Metropolitana y el 9,1% de la población del país.

Al realizar la comparación entre comunas, existen realidades muy distintas, La Pintana, Puente Alto y Pirque son las comunas más jóvenes, presentando los mayores porcentajes en la población de 0 a 14 años. Por otro lado, San Ramón y La Florida son las comunas más envejecidas con porcentajes sobre el 10% de población adulta mayor. Además, La Florida es la que presenta una inferior proporción de menores de 15 años (19,4%).

La composición por género se describe a través del Índice de Masculinidad (I.M.). En las comunas de la Red Sur oriente no existen importantes variaciones, sólo las comunas La Pintana y San José de Maipo presentan valores superiores a 100, lo que refleja mayor cantidad de hombres que mujeres en la población total de las mismas.

4.3 Pobreza

La siguiente tabla muestra los resultados de pobreza obtenidos por la encuesta Casen en el año 2009 en las siete comunas que componen el área sur oriente de la región metropolitana comparándolas con las cifras de la RM y el país:

TABLA N° 2 Tasa de pobreza, según tipo y comuna

Comuna	Total Pobres
Pirque	13,3%
Puente Alto	13,6%
La Florida	9,8%
La Granja	25,9%
San Ramón	24,8%
La Pintana	30,0%
San José de Maipo	12,0%
R.M.	11,6%
País	15,1%

Fuente: CASEN, 2009

Dentro de las cifras antes mencionadas destaca la comuna de la Pintana como la más pobre dentro del SSMSO, así como también dentro de la RM, triplicando los datos presentados en la Región e incluso en el país.

Situación Previsional

Dos tercios de la población chilena son beneficiarios del Sistema Público de Salud, esto varía dentro de cada comuna de acuerdo al nivel de ingresos de los grupos familiares, por eso no resulta difícil encontrar comunas pobres como La Pintana, donde el 87,5% son beneficiarios del Sistema Público y comunas con mayores niveles de ingreso como La Florida donde los beneficiarios alcanzan al 63,8%, quedando bajo la Región Metropolitana y el país (SSMSO, 2010).

Escolaridad

En todas las comunas correspondientes a la jurisdicción de la Red Sur Oriente, con excepción de La Pintana, las personas de 15 años y más presentan un

número promedio de años cursados en el sistema educacional sobre 9,5 años. La Pintana presenta la mayor tasa de analfabetismo, ocupando el 8º lugar en la Región Metropolitana. Similar situación se presenta en la comuna de Lampa, ambas superadas por las comunas de San Pedro y María Pinto que presentan las mayores tasas, con un 12,9 y 10,8% respectivamente. (SSMSO, 2010).

La comuna de La Pintana es dentro de las comunas que pertenecen al Servicio de Salud Sur Oriente, la más pobre, y, es donde está ubicado el COSAM, cuya población infanto-juvenil es sujeto de esta investigación.

Capítulo V

Antecedentes Generales Comuna de La Pintana

Antecedentes Geográficos

La comuna de La Pintana es una de las 13 comunas del área metropolitana que se originan del reordenamiento del Gran Santiago bajo el decreto Fuerza de Ley Nº 1-3260 del 9 de Marzo de 1981. La Pintana se encuentra ubicada en la zona Sur de Santiago en la Región Metropolitana (RM), presentando una superficie total de 30,31 km² correspondiente a 3.031 hectáreas de los cuales solo el 40,52 % corresponde a superficie urbana. Y una población de 202.535 habitantes. Tiene una densidad poblacional de 6.604 habitantes por km². El 0,21% de su población habita en las zonas rurales de la comuna y el 99,79% en las zonas urbanas. Respecto al territorio, el 55,98% corresponde a área urbana e industrial y el 44,02% a área agrícola. Su población corresponde al 3% de la población regional. Los límites comunales se encuentran localizadas entre los 33° 34' longitud sur y 70° 38' longitud oeste. (SECPLAC La Pintana, 2010).

Los límites geográficos de la comuna de La Pintana son los siguientes:

- **Norte** con San Ramón por calle Venancia Leiva y La Granja por calle Santo Tomás;
- **Este** con La Florida por calle Bahía Catalina y Avenida La Serena, y con Puente Alto por Avenida La Serena y divisiones prediales;
- **Sur** con Puente Alto por Avenida Santa Rosa y con San Bernardo por calle los Álamos;
- **Oeste** con San Bernardo y con El Bosque por Avenida San Francisco.
(<http://www.lapintana.cl>)

- Dentro de su territorio se encuentra ubicado el campus Antumapu de la Universidad de Chile, que alberga a las facultades relacionadas con el área silvoagropecuaria.

Antecedentes Sociodemográficos

El último Censo de Población y Vivienda realizado en Chile en el año 2002, establece que la comuna de La Pintana cuenta con una población total de 190.085 personas, de los cuales 94.936 son hombres y 95.122 son mujeres. De acuerdo a la distribución por tramo de edad, La Pintana, es una comuna con una población joven, estimándose un 57 % entre las edades de 0 a 29 años. (SECPLAC La Pintana, 2010)

Dentro de los datos que nos ayudan a entender la realidad de la comuna, encontramos los otorgados por la Encuesta CASEN (2006), que plantean que el 3,6% de sus habitantes son personas en situación de indigencia y el 17,2 % corresponde a personas en situación de pobreza. Este escenario ubica a La Pintana en el ranking de las 10 comunas más pobres de la Región Metropolitana, situándose en el octavo lugar. Así también, el Índice de Vulnerabilidad Social Delictual (IVSD), publicado por el Ministerio del Interior en el 2009, ubica a la comuna de La Pintana en el lugar 2 del ranking de comunas de mayor IVSD entre 291 comunas del país.

La comuna tiene características que, por sí solas, la constituyen en una comuna de alta vulnerabilidad, dado el aglomerado de factores de riesgos que presenta, a saber: alto nivel de pobreza, menor promedio de escolaridad equivalente al 8,8 años con respecto al promedio de la RM; el hacinamiento, la accesibilidad de

sustancia ilícitas en algunos sectores denominados como “zonas rojas”, la participación -a temprana edad- en actos delictuales, fuerte control territorial con respecto a balaceras, el microtráfico y consumo de drogas y alcohol, tomándose para ello plazas o espacios eriazos, e inseguridad de parte de los pobladores. (Diagnóstico Comunal Previene La Pintana, 2010; Diagnóstico de Seguridad Pública 2010 de La Pintana)

Dada su ubicación en la Región Metropolitana se la considera una “comuna dormitorio”, dentro de sus principales actividades productivas se puede señalar, el comercio, principalmente los restaurantes, hoteles y moteles, servicios comunicacionales y sociales, construcción, industria manufacturera, etc. (Diagnóstico Comunal, 2010) Según la Encuesta de Ocupación y Desocupación de La Comuna de La Pintana, en diciembre del 2009, la población ocupada en la comuna se dividía en las siguientes categorías:

Tabla N°3 Distribución de la población ocupada en la Pintana

Distribución de la población Ocupada en La Pintana según categoría ocupacional (Porcentaje)	
Ocupación	%
Obreros	55,1
Trabajador por cuenta propia	19,0
Empleado	17,2
Empleador	1,2
Familiares no remunerados	1,8
Fuerzas Armadas	0,2

Encuesta de Ocupación y Desocupación de La Comuna de La Pintana, 2009

El 17,2 de sus habitantes está bajo la línea de la pobreza, de los cuales el 3,62 es indigente y en 13,58% pobre no indigente. Tiene una tasa de desempleo que alcanza el 14,7% superior al promedio nacional y regional.

En términos educacionales, la comuna posee 66 establecimientos educacionales, 14 de los cuales están bajo dependencia municipal. En su conjunto, el sistema educacional atiende a 39.499 estudiantes, 3.563 de los cuales asisten al nivel prebásico, 2.298 al nivel de educación especial, 26.507 al nivel básico y 7.131 a enseñanza media. De estos últimos, 4.115 cursan educación humanista científica y 3.016 técnico profesional.

Según el reporte de Caracterización Social Territorial, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social, para la comuna de La Pintana en Julio del 2011, con respecto a la temática Educación se puede señalar lo siguiente:

- La comuna alcanza un nivel de logro intermedio en las pruebas de Lenguaje y Matemáticas en Simce 4° básico. No obstante los establecimientos municipales alcanzaron un nivel de logro inicial en ambas pruebas. Con relación al año anterior los establecimientos municipales disminuyeron un punto en la prueba de lenguaje y aumentaron 7 puntos en matemáticas.
- En cuanto al Simce 8° básico la comuna alcanza un nivel Intermedio en la prueba de lenguaje e inicial en Matemáticas, sin embargo, los establecimientos municipales alcanzaron un nivel inicial en ambas pruebas. Con respecto la medición anterior, los establecimientos municipales disminuyeron 3 puntos en Lenguaje y aumentaron 5 en Matemáticas.

En términos de vivienda y urbanismo, el hacinamiento es de 1,3%, siendo de 0,8% a nivel país. Posee más del 90% de sus calles pavimentadas y 223.000 metros cuadrados de áreas verdes construidas, destacando el Parque Mapuhue, con 6 hectáreas de flora autóctona introducida y el Estadio Municipal con 5,7 hectáreas.

Según el Observatorio Urbano, perteneciente al Ministerio de Vivienda y urbanismo, el promedio de Áreas verdes con mantenimiento por habitantes en la Región Metropolitana durante el año 2009 fue de 13,48 m²/hab., En la Comuna de La Pintana este promedio llega a 3,0 m²/hab., la mayor comuna con áreas verdes es la de Santiago con 12,6 m²/hab., y la con menor porcentaje es la de Curacavi con 0,2 m²/hab.

Sus habitantes reciben atención primaria a través de seis centros de salud ubicados en los principales sectores de la comuna. Cuenta además con el Centro Comunitario de Salud Mental, COSAM y la acción de cuatro Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU, el Servicio de Urgencia Comunal SUC, la Clínica Dental Móvil y el Servicio de Urgencia Comunal de Ambulancias, SUMA.

Tabla Nº 4: Indicadores Sociodemográficos de la Comuna de La Pintana.

INDICADOR	RESULTADO	MEJOR COMUNA RM (VITACURA)
Población comunal	202.535	81.499
Ranking de vulnerabilidad (menor ranking/ mayor vulnerabilidad)	195/335	334/335
Población bajo línea de pobreza (%)	17,2	13,7
Ingreso per cápita jefes de hogar: hombres	117.265	979.156
Ingreso per cápita jefes de hogar: mujeres	104.549	607.503
Población que sabe leer y escribir (%)	94,8	99,7
Población perteneciente a FONASA y sin Previsión (%)	88,5 / 7,3	17,5 / 3,6
Población con discapacidad (%)	6,1	6,9

Fuente: Fichas de Caracterización Comunal. Subsecretaría de Salud Pública.2010

Tasa de Participación Laboral

Según la Encuesta de Ocupación y Desocupación de la Comuna de La Pintana, realizada en Junio de 2009, la Tasa de Participación Laboral, que representa el porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra en la fuerza de trabajo (ocupado o desocupado), fue de un 58,4%. (*Encuesta de Ocupación y Desocupación* para la comuna de La Pintana, realizada por el Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile por encargo de la Municipalidad de La Pintana, 2009)

La tasa de participación masculina durante este periodo fue superior a la femenina, con valores de 75,3% y 42,8% respectivamente. (*Encuesta de Ocupación y Desocupación* para la comuna de La Pintana, realizada por el Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile por encargo de la Municipalidad de La Pintana, 2009)

Tasa de Desocupación

Siguiendo con los datos entregados por la referida encuesta, en Junio de 2009, la Tasa de Desempleo en la comuna de La Pintana fue de un 14,7%. Esta cifra corresponde a 2,4 puntos porcentuales superior al promedio de las comunas del Gran Santiago.

Es importante destacar que en la comuna, durante el mismo período, la Tasa de Desempleo fue mayor en hombres que en mujeres, con un porcentaje de 15,4% y 13,6% respectivamente.

Situación laboral de los hogares en La Pintana

De acuerdo a la Encuesta de Ocupación y Desocupación, realizada en La Pintana al primer semestre del año 2011, por el Centro de Micro Datos de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile, la Tasa de Desempleo es de un 10,4%, lo que indica que estamos por sobre el promedio de la tasa de desempleo a nivel del Gran Santiago estimado en un 8,5%. En tanto la tasa de desocupación 2011 de La Pintana fue mayor en 1,0 punto porcentual que la del año 2010, mientras que en las comunas del Gran Santiago la disminución fue de 0,8 puntos porcentuales. Esto significa un cambio en la tendencia que se venía registrando desde el año 2009 en la comuna.

En cuanto a los ingresos promedio mensual se puede visualizar que existe una diferencia entre ambos sexos, dado que salario promedio mensual que percibe el hombre es de \$ 261.612 y en el caso de las mujeres percibe \$192.889. El ingreso promedio mensual en el hogar es \$ 514.867. El ingreso promedio mensual per-capital hogar es \$ 112.131. El subsidio monetario promedio en el hogar es \$ 26.716

Según encuesta de Ocupación y Desocupación de la comuna de La Pintana realizado por el Centro de Micro Datos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile, 2010, las principales actividades económicas productivas en la comuna y las cantidades de personas que se desempeñan en cada una de ellas son las siguientes:

**Tabla N° 5:
Principales actividades económicas productivas**

Actividades Productivas	Cantidad de Personas empleadas
Comercio, restaurantes y hoteles	4.807
Servicios comunicacionales, sociales y personales	3.923
Construcción	2.737
Industria manufacturera	2.303
Transportes almacenamiento y comunicaciones	1.402
Establecimientos financieros, seguros bienes inmuebles y servicios prestados a empresas	1.219
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	167
Explotación de minas y canteras	50
Otras	50

Fuente: Encuesta de Ocupación y Desocupación de la comuna de La Pintana, Universidad de Chile, 2010

Sobre la situación laboral de los hogares en La Pintana, la encuesta revela que en el 78,8% de ellos ningún integrante estaba desocupado en Junio de 2009. Este porcentaje es levemente inferior al promedio del Gran Santiago, donde un 84,8% de los hogares cumplía tal condición, como se mencionó anteriormente, la principal labor de los habitantes de la Pintana es el comercio y los servicios.

Ingresos económicos familiares

El ingreso mensual promedio nominal de un hogar de La Pintana, en Noviembre de 2009, era aproximadamente \$347 mil mensuales, o su equivalente en términos per cápita (ingreso del hogar dividido por el número de sus miembros) de \$105 mil.

Tales cifras revelan un aumento en el promedio de ingresos laborales del hogar y en el ingreso per cápita de los hogares de La Pintana, en relación a Diciembre de 2008, cuando éstos se estimaron en \$334 mil y \$93 mil respectivamente.

**Tabla N° 6 Distribución del Nivel Socioeconómico en hogares.
Según Censo 2002**

Región/ Comuna	ABC1	C2	C3	D	E
R.M	10,6 %	19,2%	25,1%	35,3%	9,8%
La Pintana	0,5%	5,0%	20,8%	54,0%	19,8%

Fuente: Síntesis de Resultados Censo 2002

Aspectos socio económicos

a. Índice Desarrollo Humano (IDH)

El Índice Desarrollo Humano (IDH) para la comuna de La Pintana es 0,704 superando el IDH de los años anteriores, es preciso destacar que se mantiene bajo en comparación a nivel nacional que equivale a 0,805. Los indicadores social estadístico considerado en el IDH de la comuna considera en el parámetro de salud un valor de 0,753; educación 0,765 y en Ingreso 0,583.

A nivel de Ranking Nacional el IDH de la comuna se encuentra en el puesto 120, en salud se encuentra en el puesto 52, en educación puesto 56, en el ingreso puesto 228. Estos datos coinciden con el Ranking de la encuesta CASEN 2009, que coloca a la comuna como una de las más pobres de la Región metropolitana.

b. Estratificación social:

Según los datos otorgados por la Encuesta CASEN (2009), en la Comuna de La Pintana habitan 6,40 % personas en situación de indigencia, mientras que 23,61 % se encuentran en situación de pobreza no indigente. Situándola en el ranking de las 10 comunas más pobres de la Región Metropolitana, ubicándolas en el 8vo lugar.

**Tabla N° 7:
Distribución de la población con FPS por decil de vulnerabilidad**

1 ^{er}	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o
34,1	17,8	15,2	11,2	7,8	6	4,2	2,5	0,7	0.08

Fuente: Encuesta CASEN (2009)

En la comuna el porcentaje de hogares que tiene Ficha de Protección Social (FPS) es 86,18 % lo que equivale 49.123 familias. De estas el 34,1 pertenece al 1^{er} decil que es de máxima vulnerabilidad, además cabe destacar la presencia mayoritaria de mujeres jefas de hogar. (Departamento Social, 2010)

De acuerdo a la información entregada por el Departamento Social del municipio de La Pintana, el número de la población inscrita o que recibe beneficios sociales en la comuna se encuentran distribuidas en: Programa Puente 1.422, Chile Solidario 2.432, Asignación Familiar 69.094, Pensión Básica Solidaria 2.517, Pensión por Hijos Nacidos vivo 297, Pensión por Discapacidad 145.

Equipamiento:

La comuna cuenta con una cobertura de agua potable de 99,8%, y en relación a las aéreas verdes existen 316 entre plaza y parque, en las cuales 315 el municipio es responsables de su mantención.

La principal zona urbana de la comuna se encuentra en el Sector Centro, abarca las poblaciones de San Rafael, Pablo de Rokha, San Ricardo, entre otras. En este sector se caracteriza por concentrar el centro cívico, servicios públicos, edificio consistorial, farmacias, supermercados, bancos y servicios básicos.

Antecedentes Históricos de la Comuna

A modo de síntesis histórica, se puede decir que sólo en la segunda mitad del siglo 20 comenzó a poblarse esta zona de Santiago, que en ese entonces ya poseía marcadas tendencias agrícolas. Así surgieron los “Huertos Obreros” que corresponden a los Huertos José Maza, que en la actualidad es conocido como Villa La Pintana y al sector Las Rosas.

La comuna de la Pintana se va poblando en la década de los 50, cuando de una población rural relativamente dispersa, se pasa a procesos de urbanización más ordenados. Posteriormente, ya en la década de los 60 y principios de los 70, se acelera el crecimiento poblacional debido al programa operación sitio y algunas tomas de terreno que obtuvieron regularización. El crecimiento más importante se produce entre 1982 y 1992 cuando, en virtud de la política nacional de viviendas y desarrollo urbano aprobada en 1979, el territorio de la comuna recibe

masivamente población erradicada de otras comunas de Santiago (Las Condes, Providencia, Ñuñoa, La Reina, entre otras). En apenas 10 años la población aumentó en un 130%, pasando a ser no sólo una de las comunas más pobres de la Región Metropolitana, sino también la más homogénea en cuanto a su pobreza. (SSMSO, 2010).

En la década del 60, comenzó a formarse “el casco urbano de la comuna”, que hoy es conocido como el sector San Rafael y donde se encuentran el Centro Cívico, el Estadio Municipal, la Plaza de Armas, el Gimnasio, la Comisaría de Carabineros, el Cuartel de la Tercera Compañía Bomberos "La Pintana" (siendo la institución más antigua de la comuna) y Policía de Investigaciones, el Edificio Consistorial, la Casa de la Cultura y el Banco Estado. (Síntesis de diagnóstico comunal, Municipalidad de la Pintana, 2000)

En síntesis, La Pintana surge en forma espontánea como comuna densamente poblada, saltándose las etapas de crecimiento paulatino o por adición, lo que lógicamente impide el desarrollo del soporte urbano, es decir un equipamiento adquirido conforme su crecimiento. Sobre ese período, sí se produce un crecimiento por adición o expansión progresiva de Santiago, conformándose los sectores de Santo Tomás y El Roble, producto de la segregación paulatina del anillo Circunvalación Américo Vespucio y la depreciación de los terrenos adyacentes, crecimiento que es conocido como el "cinturón de la pobreza", del cual la Pintana queda a trasmano, pues se trata de una comuna "terminal", en el sentido que por ella no se pasa para ir a otro destino (como San Bernardo respecto de la antigua ruta al sur o Puente Alto respecto de Pirque y San José), a La Pintana sólo van los pintaninos y no se transita transversalmente por ella.

A partir de las variadas necesidades de la población es que los gobiernos municipales han impulsado un desarrollo que involucra la creación de redes de servicios e ingresos a la comuna. Para llevar a cabo esta iniciativa, el municipio implementó el plan director durante el año 2010 que establece la necesidad de

ordenar el territorio de la comuna implementando líneas de acción en concordancia con las necesidades del municipio. A partir de estos nuevos lineamientos se fomenta, el cuidado ambiental, producción, aplicación de tecnologías, desarrollo de nuevos instrumentos y procesos que generen recursos disponibles que lleven a la comuna a un crecimiento sustentable. En los últimos años, según antecedentes entregados por la Secretaria Comunal de Planificación, La Pintana ha experimentado una sustancial mejora en el abastecimiento de infraestructura y servicios básicos, lo que ha determinado que existan también mejores condiciones para invertir en mejoramientos de la calidad de los espacios públicos de la comuna y, en particular de las áreas verdes.

La Pintana ha impulsado un desarrollo que involucra crear redes de servicios e ingresos a la comuna, para llevar a cabo esta iniciativa, el municipio ha implementado el plan director que establece la necesidad de ordenar el territorio de la comuna implementando líneas de acción en concordancia con las necesidades de la comuna, fomentando el cuidado ambiental, producción, aplicación de tecnologías, desarrollo de nuevos instrumentos y procesos que generen recursos disponibles que lleven a la comuna a un crecimiento sustentable. En los últimos años la Pintana ha experimentado una sustancial mejora en el abastecimiento de infraestructura y servicios básicos, lo que ha determinado que existan también mejores condiciones para invertir en mejoramientos de la calidad de los espacios públicos de la comuna y, en particular de las áreas verdes. (SSMSO, 2010).

Diagnóstico de salud de adolescentes y jóvenes de la comuna de la Pintana y SSMSO

La comuna La Pintana es una comuna extensa, que ha sufrido un crecimiento demográfico intenso, especialmente entre los años 1982 y 1992. La población tiene características de población joven. Uno de los principales problemas de la comuna es la pobreza, que se expresa en condiciones inadecuadas de infraestructura y equipamiento, así como en algunos indicadores de salud, tal como una tasa de desnutrición infantil más alta al promedio nacional. La drogadicción, el alcoholismo y el embarazo en adolescentes son percibidos por la población como los mayores problemas de salud. (Guía de información comunal, 2011)

La Pintana cuenta con cinco centros de atención primaria, un SAPU y un COSAM. No hay hospitales en la comuna.

El 20,5% de la población de la Pintana son adolescentes de 10 a 19 años y el 37,5% son adolescentes y jóvenes (10 a 24 años), cifras mayores al promedio de adolescentes de la Región Metropolitana (17,1%) y al promedio nacional (18,5%). (Casem, 2009)

El 50% de la población adolescente de La Pintana está inscrita en los establecimientos de atención primaria de salud, proporción semejantes a lo observado en la población general del SSMSO. (Dpto. Epidemiología. SSMSO 2010)

La Pintana es una de las 10 comunas con mayor número porcentual y absoluto de adolescentes, lo que debería determinar una mayor demanda por servicios y programas de salud y justifica la implementación de programas destinados a estos grupos.

Existe un déficit importante en los indicadores de educación en la comuna La Pintana (Dpto. Educación Municipal. Municipalidad La Pintana).

Hay un promedio de 2 años menos de escolaridad en la población de La Pintana (8,7 años), respecto a la Región Metropolitana. Hay un déficit pronunciado de establecimientos de educación media (sólo dos establecimientos municipales de enseñanza media de educación diurna en la comuna), lo que determina que un porcentaje importante de los escolares deban emigrar de la comuna para completar sus estudios. Sólo un 33,9% de los alumnos de enseñanza municipalizada básica continúan en enseñanza municipalizada media en la comuna. (Dpto. Educación Municipal. Municipalidad La Pintana).

Hay mayor porcentaje de deserción escolar y mayor tasa de analfabetismo que en la Región Metropolitana. Los logros académicos medidos por SIMCE son menores a los promedios nacionales. (Dpto. Educación Municipal. Municipalidad La Pintana).

En la Pintana, al igual que en el SSMSO y los valores nacionales, la principal causa de muerte durante la adolescencia son los Traumatismos y Violencias, las que se concentran en los varones. La tasa de mortalidad en el grupo adolescente ha ido en disminución, pero la disminución de la mortalidad por accidentes ha sido mayor, por lo que esta causa adquiere mayor importancia relativa. La mayoría de

las muertes por accidentes son prevenibles y tienen estrecha vinculación con conductas de riesgo en adolescentes.

La mortalidad tiene importancia como indicador durante la adolescencia a pesar de sus limitaciones ya que está detectando una situación prevenible a través de la intervención temprana sobre las conductas de riesgo de adolescentes.

Un 14,7% de los egresos hospitalarios del Hospital Sótero del Río corresponden a adolescentes, siendo un 78% de ellos mujeres. En las mujeres predominan ampliamente las causas gestacionales.

En la comuna La Pintana hay un porcentaje significativamente mayor de recién nacidos hijos de adolescentes (20%), en relación a un promedio nacional de 14,6%. (Dpto. Epidemiología. SSMSO 2010). En los hombres predomina la hospitalización por Apendicitis Aguda y las causas traumáticas (Dpto. Epidemiología. SSMSO 2010)

Los jóvenes consultan con mayor frecuencia a la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Sótero del Río, respecto a la población total mayor de 15 años, sobre todo los jóvenes provenientes de La Pintana y Puente Alto. La mayor parte de estas consultas son por traumatismos y envenenamientos, predominantemente en varones. (Dpto. Epidemiología. SSMSO, 2010)

Capítulo VI

Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) La Pintana

El Centro Comunitario de Salud Mental (en adelante COSAM) es una institución pública, que depende administrativa y económicamente de la Ilustre Municipalidad de La Pintana, por tanto, es un centro de salud mental que pertenece al Departamento de Salud de la comuna, supervisado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y responde a las políticas sociales orientadas a Salud Mental diseñadas por el Ministerio de Salud.

En el transcurso del año 2000 se habilitan diversos Centros Comunitarios de Salud a nivel nacional y la comuna de La Pintana se acredita la posibilidad de contar con el Centro de Salud con el firme propósito de atender a toda la población comunal que viva en situación de pobreza y extrema pobreza.

Los ejes centrales de su trabajo están dirigidos a la promoción; prevención y el tratamiento de las áreas de intervención se orientan a la drogadicción y alcoholismo; violencia intrafamiliar y trastornos emocionales. La población, objeto de intervención son hombres y mujeres, ubicados en el tramo de 15 a 60 años de edad.

El centro busca contribuir a que las personas y sus familias logren y mantengan la capacidad para interactuar entre sí y con el medio ambiente. La estrategia entonces es realizar un trabajo clínico intentando responder a las demandas psicológicas, afectivas y psicosociales de adultos y niños. Para enfrentar esta situación el Cosam atiende al público con diferentes programas como el infante juvenil, el de adultos, maltrato y abuso sexual infantil, violencia de parejas y

tratamiento de alcohol y drogas. En cada uno existe un trabajo con la persona, su entorno y en grupo.

El Cosam ha generado alianzas con la Corporación de Deportes de manera que con la ayuda de un monitor las personas que están siendo atendidas en el Cosam puedan practicar atletismo y fútbol en el Estadio Municipal. Así también las conserjerías en la Dirección de Gestión Ambiental (DIGA) y la Biblioteca con los cursos de alfabetización digital buscan la reinserción social y laboral de los vecinos.

Programa de Tratamiento de Alcohol y Drogas para Población General del COSAM

El objetivo de este programa es aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los consultantes por consumo problemático o dependencia a las drogas lícitas o ilícitas de la comuna, mediante un tratamiento multidisciplinario y multidimensional que favorezca que las personas se hagan cargo de su problemática y tiendan a la inserción social, en la actualidad el equipo está compuesto por un psiquiatra, un técnico en rehabilitación, un psicólogo y una trabajadora social, es importante destacar que todo el equipo se encuentra trabajando solamente media jornada, lo cual va en desmedro de la cantidad de jóvenes que atiende, el trabajo profesional comienza a partir de la elaboración de un plan de intervención individual, con rendiciones mensuales según el sistema de garantías explícitas de salud (Ges), el trabajo del equipo profesional es a partir de metas anuales; en cuanto a la evaluación de los casos estas se realizan a partir de reuniones clínicas semanales en las cuales se evalúa el cumplimiento de los objetivos del plan de Intervención Individual.

También en el año 2012, en el Plan Ambulatorio Básico (PAB) en población general se atendieron 342 personas y a junio de 2013 un total de 242 usuarios. En el Plan Ambulatorio Básico para adolescentes menores de 20 años con consumo problemático de drogas se atendieron 131 personas a diciembre de 2012 y 102 a junio de 2013. Respecto al Plan Ambulatorio Intensivo, también el año 2012 se atendieron 267 personas y a junio de 2013 un total de 161 usuarios, respecto a cabe señalar que el consultante derivado a este PAB es abusador o dependiente de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial moderado. Este plan ofrece atención tres veces por semana, al menos dos horas cada vez, con prestaciones individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados; este programa tiene una duración máxima de seis meses, y se asigna principalmente a centros de salud familiar (COSAM).

Por otra parte, está el Programa de Tratamiento de Alcohol y Drogas para Mujeres del COSAM cuyo objetivo es proporcionar una instancia de tratamiento a mujeres mayores de 20 años que presenten consumo problemático de sustancias ilícitas, alcohol y fármacos. Según metas del convenio 2012, se estableció una capacidad de 120 cupos para el Plan Básico (125% cumplimiento) y 144 cupos en Intensivo (121% cumplimiento). Este cumplimiento implicó la realización de 4.000 prestaciones tanto directas como atenciones a familiares significativos, entre las que se incluyen talleres multifamiliares, atención psicoterapéutica de hijos e hijas de las usuarias y sesiones de psicoterapia con el grupo familiar de éstas (maridos, padres).

6.1- Contexto Nacional de la Drogodependencia

Durante las décadas del 50' y 60' surgen los primeros centros y/o unidades de desintoxicaciones, principalmente para personas con uso problemático de alcohol. Dentro del mismo contexto surgen grupos paralelos de alcohólicos anónimos (AA) y la Unión de rehabilitados y alcohólicos de Chile (URACH). En la década del 80' se crean centros ligados al ámbito no gubernamental y también a los centros privados solidarios que crean centros de tratamiento. Del mismo modo la iglesia evangélica y la católica son las primeras en utilizar el modelo de Comunidades Terapéuticas a partir del seguimiento a diversas experiencias realizadas dentro de Latinoamérica.

A partir de los 90's, la salud pública considera al alcohol y las drogas como tema de prioridad dentro del contexto nacional, "Se elabora la Política y Plan Nacional de Salud Mental" del Ministerio de Salud, donde se define como área fundamental "El beber problema y el consumo de drogas" (Conace, 2005), otorgando tratamiento en atención primaria de salud, servicios de psiquiatría, hospitales generales, COSAM, entre otros.

De este modo, se crearon en Chile los siguientes programas:

En el año 1990, se crean los COSAM (Centro Comunitarios de Salud Mental Familiar), muy diversos en su infraestructura, dependencia y tipo de trabajo, "se diferencian de otros tipos de centros ambulatorios por tener menos recursos humanos, un número intermedio de consultas por personas al año, entrega de intervenciones psicosociales a una mayor proporción de personas y un mayor

porcentaje de ellos realizando intervenciones comunitarias. (Ministerio de Salud, 2006)

En 1995, en conjunto con la Ley 19.366 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas el Ministerio de Salud (MINSAL), se crea “El Programa de Rehabilitación de Personas con Problemas de Alcohol y Drogas”. (Conace, 2005)

En 1996, se da a conocer el reglamento para los establecimientos de rehabilitación de personas dependientes de sustancias psicoactivas, a través del modelo de Comunidad Terapéutica (DFL 2298); durante el mismo año se elabora “El Manual de Orientaciones Técnicas para Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas”. (Conace, 2005)

1996-1998, CONACE entrega financiamiento a organizaciones que otorgan tratamiento a partir de fondos concursables. (Conace, 2005)

1999, se establece una alianza entre Conace-Minsal para la instauración del subprograma de tratamiento y rehabilitación a partir de la compra de cupos ambulatorios y residenciales. (Conace, 2000)

2000-2001 Conace-Minsal elaboran el “Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con problemas derivados del Consumo de Sustancias Estupefacientes y/o Psicotrópicos”, programa que es mantenido hasta hoy en día en todos los servicios de salud, encargados de otorgar cupos de tratamiento de manera ambulatoria, intensiva y residencial, a las

diversas instancias que ofrecen tratamiento y rehabilitación para personas con consumo de drogas.

Consumo de Drogas en la Comuna

En relación al consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes que cursan de 7° básico a 4° medio en la Comuna de La Pintana, podemos concluir lo siguiente (Depto. Epidemiología, SSMSO 2010):

- Las drogas que más consumen son en orden de frecuencia: alcohol, tabaco, marihuana, tranquilizantes, pasta base, estimulantes, cocaína y solventes volátiles.
- El consumo de sustancias comienza antes de los 15 años de edad. La mediana del primer consumo de alcohol y de tabaco es de 13 años, la de la pasta base es de 14 años y para la cocaína y marihuana es de 15 años.
- Tanto hombres y mujeres consumen casi en la misma frecuencia alcohol y tabaco.
- Los adolescentes de La Pintana consumen con mayor frecuencia, que a nivel nacional, drogas ilícitas (marihuana, cocaína y/o pasta base).

- La droga ilícita que más consumen es la marihuana, la que alcanza frecuencias de consumo cinco veces mayores en los varones, en comparación con las mujeres.
- Las mujeres consumen más, de alguna vez en la vida, pasta base de cocaína.

Los adolescentes del SSMSO y de la Región Metropolitana consultan menos a los servicios de salud que el promedio de la población. (0,9 veces al año, en relación a un promedio de 1,7 veces por año en la población general). (Dpto. Epidemiología. SSMSO 2010)

Las atenciones médicas otorgadas a adolescentes en los centros de atención primaria del SSMSO y de la Pintana son predominantemente atenciones de morbilidad. En La Pintana no se registran atenciones de salud mental (en COSAM) para este grupo etareo. (Dpto. Epidemiología. SSMSO 2010)

III Parte

Análisis de la Información

Capítulo VII

Características Sociodemográficas de la Población en Estudio.

Introducción

El procesamiento de los datos obtenidos para el presente estudio fue realizado a través de la aplicación del programa estadístico SPSS que serán presentados a través de tablas de frecuencia y gráficos que describen el perfil sociodemográfico, y psicológico de los sujetos de esta investigación. También se presentan las motivaciones y expectativas de los jóvenes que se encuentran en proceso de rehabilitación de drogas en el Programa Ambulatorio del Cosam de La Pintana.

Para iniciar este capítulo cabe reiterar que se trabajo con 26 jóvenes atendidos por el COSAM de la Pintana durante el año 2012.

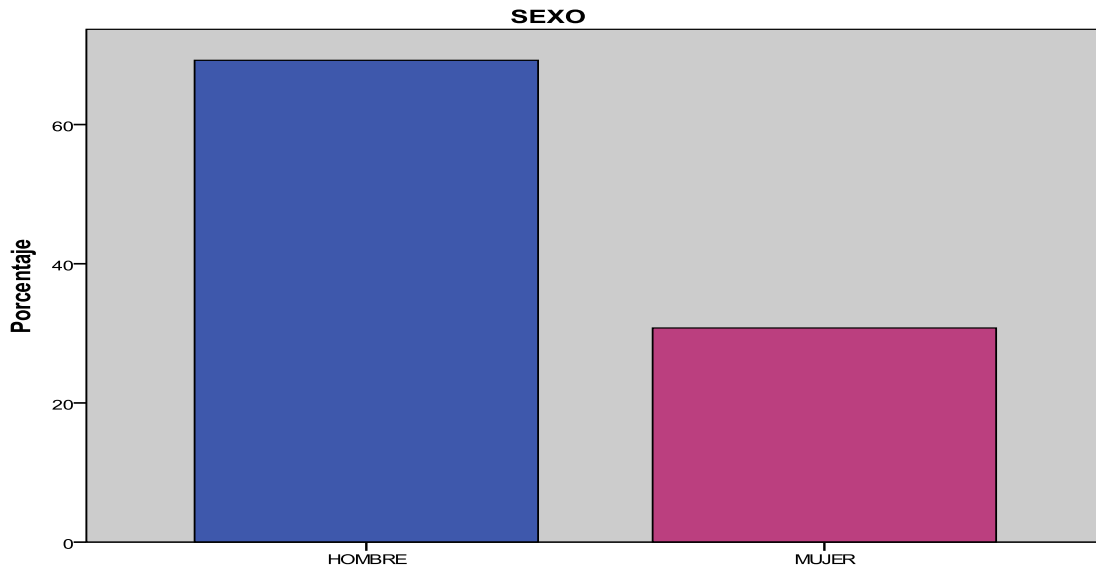
7.1 Identificación de los sujetos de estudio

Como primer acercamiento a este perfil se grafica la información sobre edad, sexo, escolaridad de los jóvenes usuarios.

Del Género de los Participantes

Para comenzar el presente análisis se hace necesario diferenciar el género de los jóvenes que se encuentran en proceso de tratamiento.

Gráfico N° 1



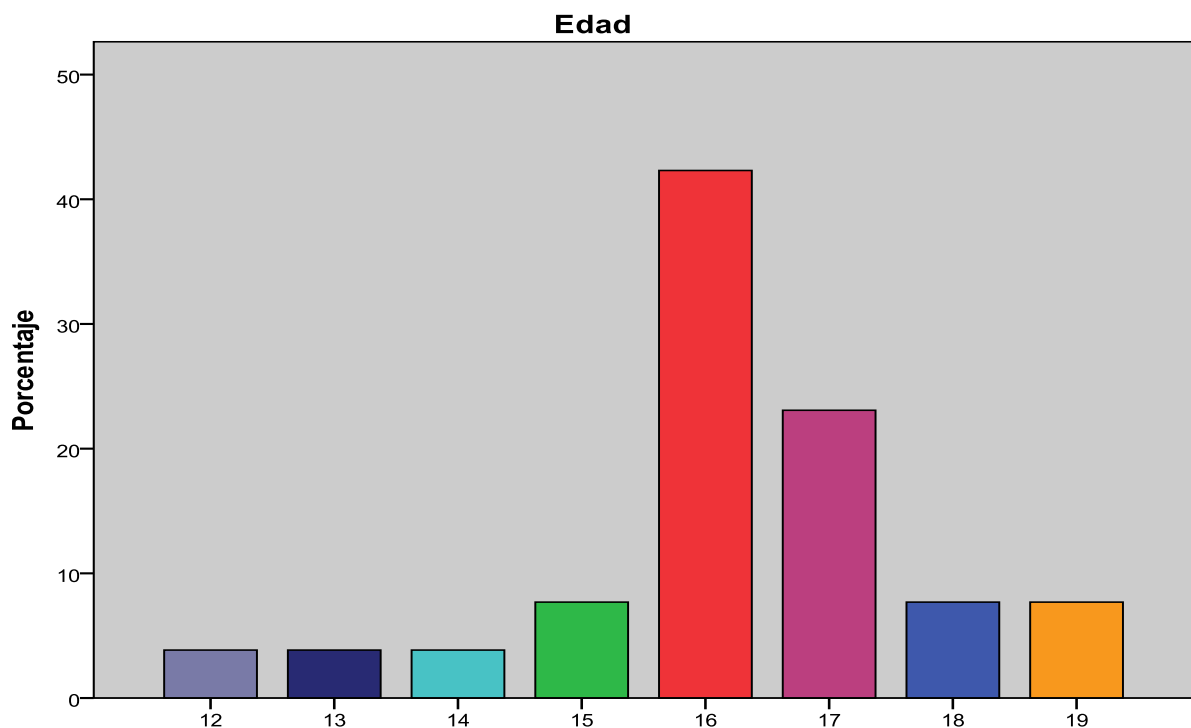
Fuente: Investigación directa.

Respecto a los resultados de este estudio, son los varones los que realizan principalmente tratamiento del consumo de drogas, siendo un 69.2% los varones tratantes y un 30.8% las mujeres que se encuentran asistiendo al Cosam. Respecto de este punto podemos señalar que “se ha hallado regularmente que la probabilidad de que los hombres abusen de sustancias es el doble de las mujeres. El problema es muy grave entre las mujeres, pero el abuso de sustancias está mucho más extendido entre los hombres.” (Lahey, 1999: 201), respecto de la realidad de la región metropolitana se puede señalar que son los varones los que presentan mayor consumo de drogas lícitas e ilícitas la cual es varias veces mayor que en las mujeres, la excepción se da en el uso de tranquilizantes donde el género femenino triplica al de los varones (SENDA, 2010).

De la edad de los jóvenes:

El gráfico anterior nos permite observar la diversidad etaria de nuestra muestra. Está constituida por 26 hombres y mujeres, adolescentes, entre 12 y 19 años de edad. Es importante recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1965) considera a la adolescencia como el periodo de vida entre los 10 y los 20 años. De acuerdo a criterios evolutivos se subdivide a la adolescencia en tres subáreas: temprana (entre los 11 y los 13 años), media (de los 14 a los 16 años) y tardía (entre los 16 y los 19 años). (CONACE, s/f)

Gráfico N° 2



Fuente: Investigación directa.

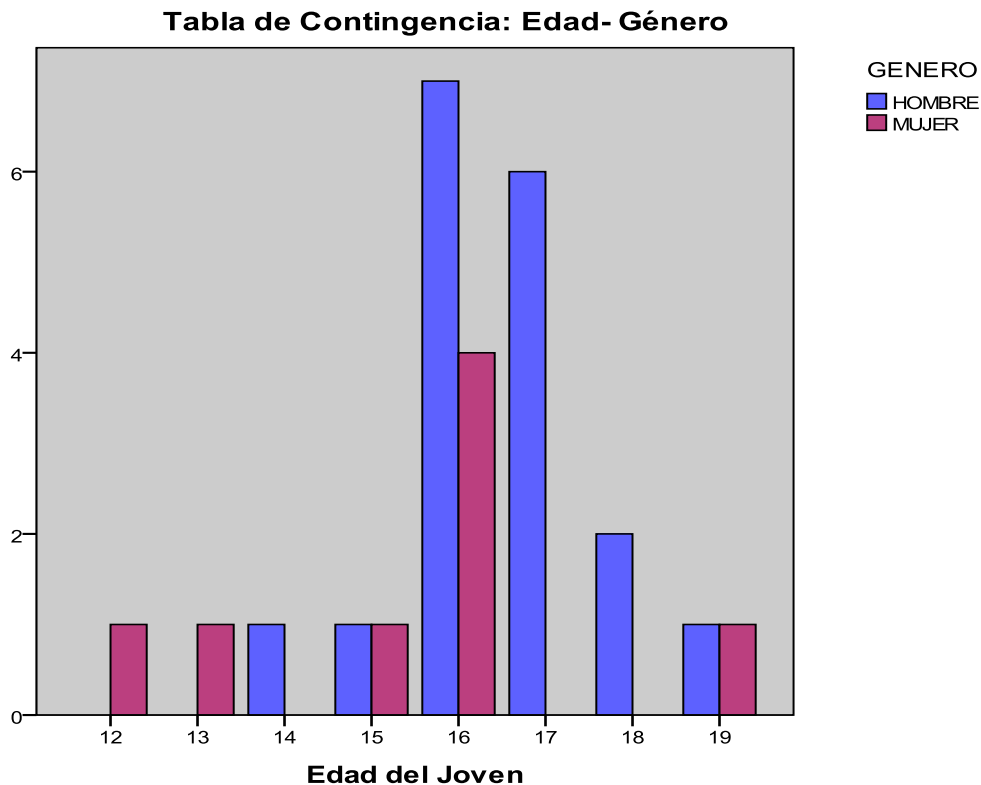
Los rangos de edad, que presentan un mayor compromiso con el consumo, se ubican en los tramos de 16 y 17 años. Se concentra una suma total, entre ambos del 65.4%. Los menores de 15 años suman un porcentaje total de 19.1%, en

cambio los mayores de 18 años presentan un porcentaje total de 15.4%; lo anteriormente señalado nos indica claramente que los adolescentes sujetos de este estudio se encuentran en la etapa correspondiente a la adolescencia tardía, caracterizada por el fin de la pubertad: para los jóvenes debería ser el momento de las oportunidades, el idealismo, aumento de la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo, capaces de fijarse metas y trabajar para cumplirlas, por último es necesario señalar que aumentan considerablemente las relaciones sociales con otros jóvenes. Según Krauskopf (2000:350), se espera que en la fase final de la adolescencia, el locus de control externo, propio de la niñez, evolucione hacia un locus de control interno. Esto significa que los adolescentes puedan reconocer y expresar sus “capacidades de iniciativa, anticipación de resultados y manejo de consecuencias, negociación en la toma de decisiones y puesta en práctica de la solución de problemas. De esta forma procuran que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones.”

Del mismo modo Krauskopf (2000:350) señala que “en adolescentes deprivados, emocional o económicamente, se establecen convicciones que llevan a rehuir las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, lo que favorece salidas sustitutivas, refugio en gratificaciones efímeras, etc.” Como puede ser el consumo problemático de drogas.

En relación al grupo etario del presente estudio si llevamos a la práctica el ejercicio de comparar la edad y el género, el gráfico a continuación nos señala lo siguiente:

Gráfico N°3



Fuente: Investigación directa.

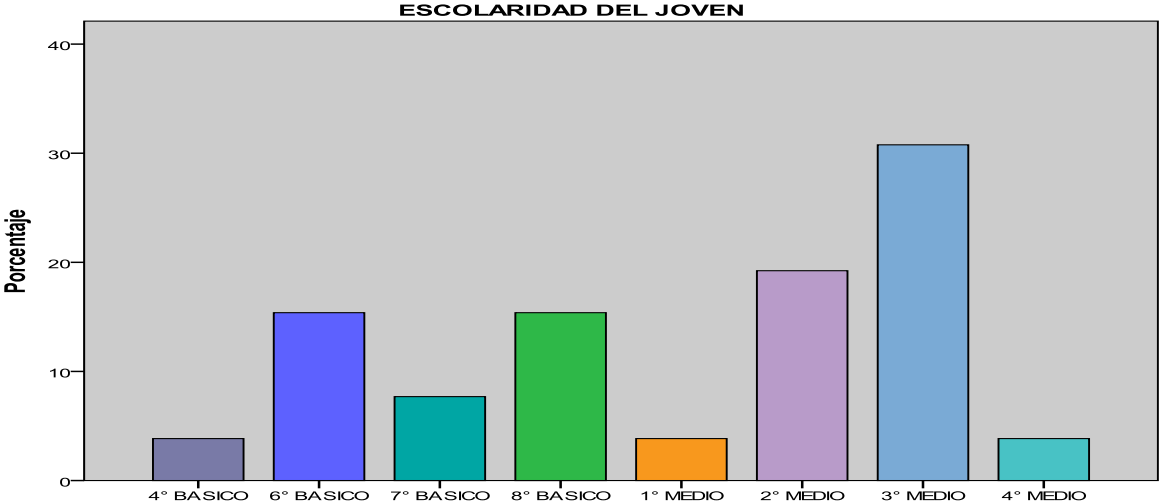
Como se aprecia en el presente gráfico, la mayor edad de consumo en ambos sexos es a los 16 años, se aprecia sin embargo, que son las mujeres las que comienzan a consumir desde más temprana edad (entre los 12 y los 15 años), no obstante son los varones los que presentan mayor incidencia en el consumo, principalmente a partir de los 16 años.

Antecedentes Académicos del Joven

En Chile, en política pública la educación tiene un aspecto fundamental. Por derecho a la educación se entiende el derecho que tiene cualquier persona a

recibir educación y a que el Estado disponga de establecimientos públicos de calidad a disposición de la población para cumplir con la obligatoriedad de acceso a la educación básica y media, que son, como se ha dicho, las etapas obligatorias de la educación hoy en Chile. Con respecto a esta dimensión del perfil psicosocial de los jóvenes estudiados se puede señalar que los presentan los siguientes antecedentes:

Gráfico N° 4

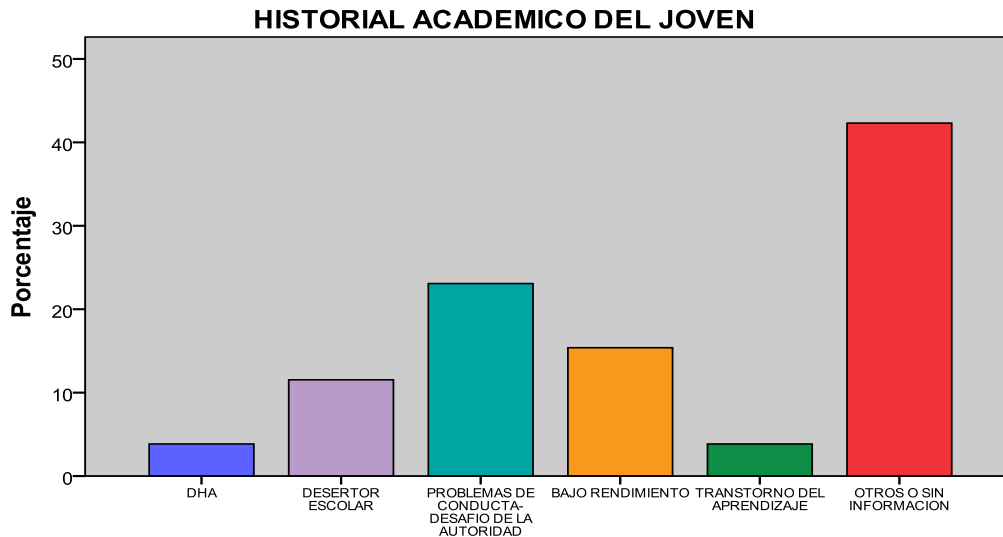


Fuente: Investigación directa.

En el presente gráfico se observa que el 42.3 % de los usuarios, correspondiente a N°11 se encuentra aún en la enseñanza básica y un 57.7% equivalente a 15 jóvenes se halla en la actualidad en la enseñanza media; es importante destacar que los jóvenes estudian tanto en el sistema escolar formal como también lo hacen en sistemas alternativos que ofrece el Estado como son la educación nocturna (un joven), nivelación de estudios (tres jóvenes).

Respecto de la historia académica de los jóvenes del Cosam se puede señalar lo siguiente:

Gráfico N° 5



Fuente: Investigación directa.

En este ítem destaca que dentro de la muestra, un 3.8% presenta (Déficit atencional con Hiperactividad), un 11.5% se define como desertor escolar no presentando interés en reinsertarse en el ámbito académico, 23.1% presenta reiterados problemas de conducta, asociados principalmente al desafío a la autoridad.

Evaluando la información proveniente de los antecedentes emitidos en el cuestionario índice se puede declarar que en cuanto al rendimiento académico un 15.4% presenta bajo rendimiento y un 3.8% presenta trastorno del aprendizaje (un joven).

En la última barra del gráfico que señala “otros o sin información” 23.07% de ellos, un 19.23% presenta un rendimiento académico adecuado a su grupo etario, un 3.8% fue expulsado del colegio por venta de THC, 3.8% participa activamente del

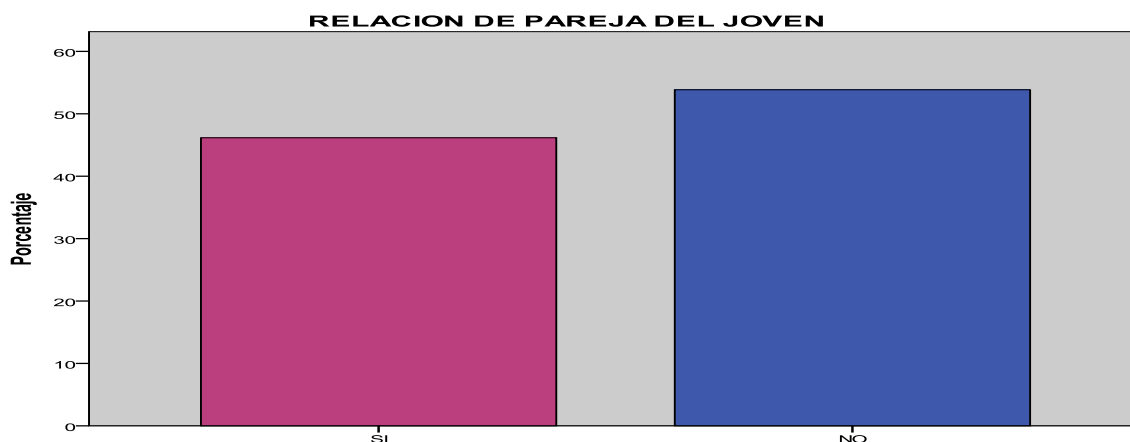
movimiento estudiantil organizando las tomas y marchas dentro de su establecimiento, 11.54%, si bien asisten al colegio y asisten regularmente a clases, presentan un bajo rendimiento académico, el 3.93%, es decir un caso, no se posee información.

En el ámbito psicoafectivo, se indago sobre las relaciones de pareja de estos jóvenes alegando los siguientes antecedentes:

Relaciones de Pareja

En cuanto a las relaciones de pareja de los jóvenes entrevistados se puede apreciar en el siguiente gráfico:

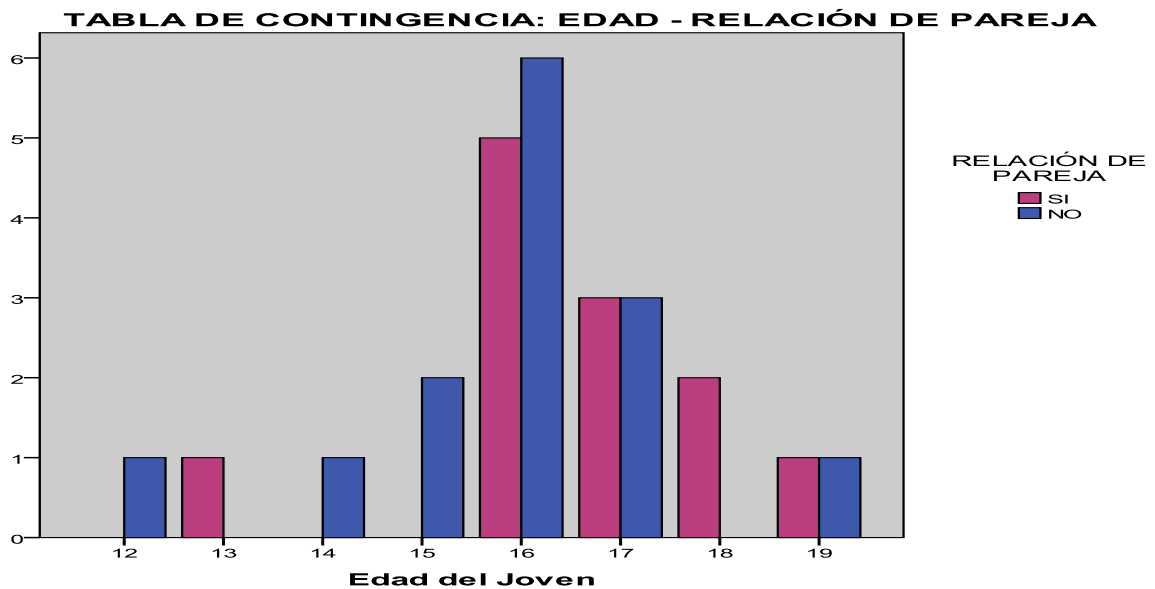
Gráfico N°6



Fuente: Investigación directa.

Que un mayor porcentaje 53.8% declara no tener relación de pareja versus un 46,2% que si poseen pareja; entre los que no tienen pareja se encuentra los de menor edad tal como se aprecia en el grafico N°6 esto se puede asociar al amplio espectro de edades de los sujetos de estudio.

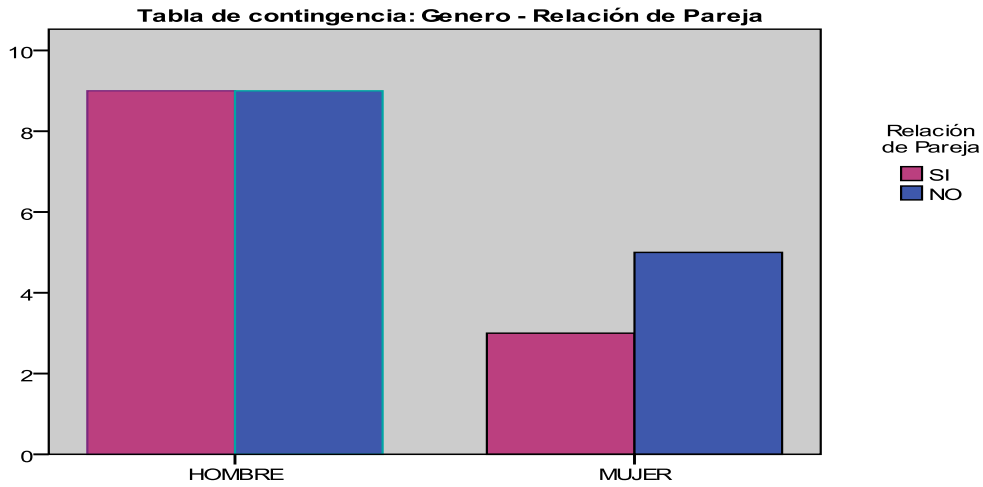
Gráfico N° 7



Fuente: Investigación directa.

Si bien en el presente estudio no se indagó sobre el inicio de la actividad sexual en los jóvenes, se puede inferir que esta muestra de estudio no debe ser muy distinta a lo que se aprecia a nivel de la realidad chilena la que señala que un 81,4 % de los jóvenes entre 15 y 19 años ha tenido experiencias en el ámbito sexual, ya sea con experiencias precoitales (9,6%), o iniciados coitalmente (71,8%), existiendo variaciones entre ambos géneros: (González, 2008)

Gráfico N°8

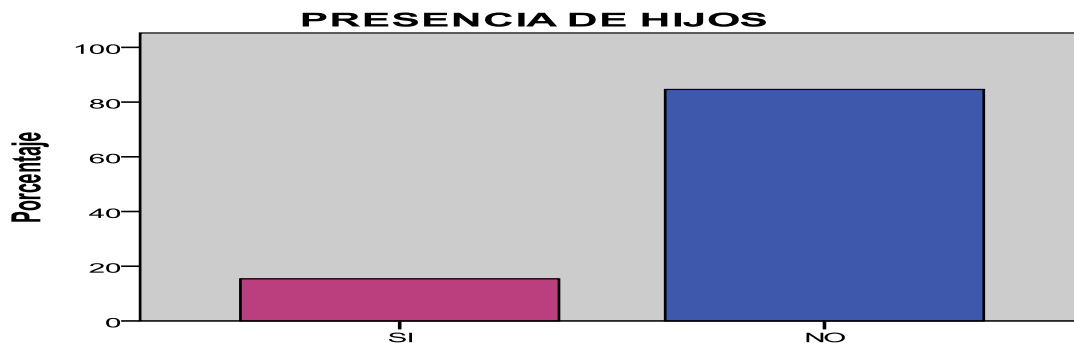


Fuente: Investigación directa.

Del gráfico presente se desprende que un 34,2% de los varones tiene una relación de pareja y de las mujeres. Sólo un 11,4% se encuentran “pololeando”.

Es en la adolescencia donde se producen las primeras experiencias relacionadas con la sexualidad, siendo el embarazo adolescente uno de los problemas con alto índice de recurrencia en la comuna de La Pintana. Por eso que el presente estudio incluyó el tópico presencia hijos; lo que arrojó como resultado lo siguiente:

Gráfico N° 9



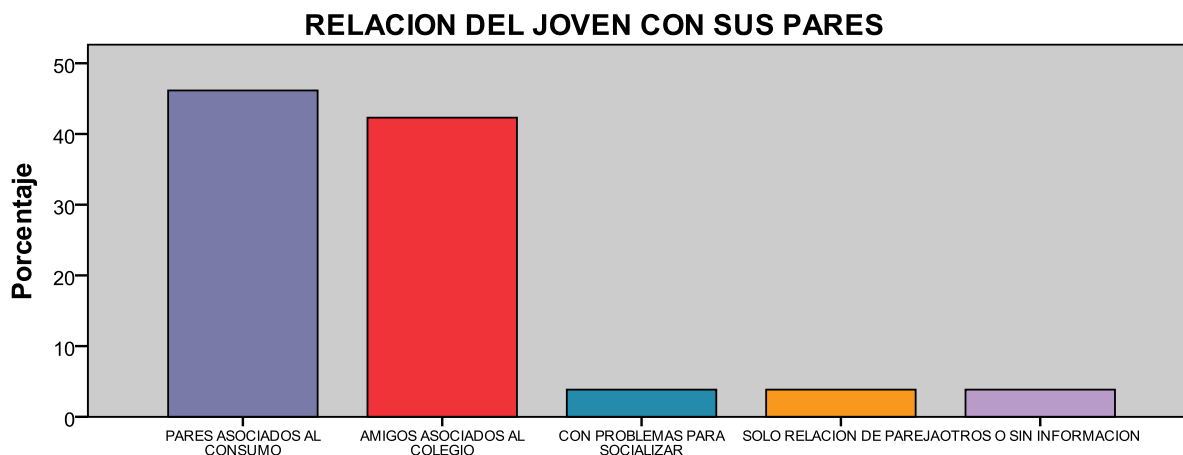
Fuente: Investigación directa.

De este gráfico presente se desprende que un 84,6% de los usuarios no tiene hijos; 15,4% tiene hijos: existe además el caso de un joven de la muestra de estudio que tiene a su ex pareja adolescente embarazada y una usuaria que se encuentra en el mismo estado; en relación al género de los que son padres se puede destacar que el 100% son varones, sin embargo, a nivel de las políticas públicas en Chile, el embarazo adolescente es una problemática eminentemente femenina. Frente a esta realidad, desde las políticas públicas se han planteado objetivos principalmente preventivos, que sin embargo refuerzan la consejería por sobre la entrega de métodos anticonceptivos.

Relación con los pares

La adolescencia es un periodo de esparcimiento y de alejamiento de la unidad familiar, es en ella donde los iguales o compañeros se convierten en las personas más importantes de la vida del sujeto. (Lahey, 1999) por lo que se consideró importante analizar este punto.

Gráfico N° 10



Fuente: Investigación directa.

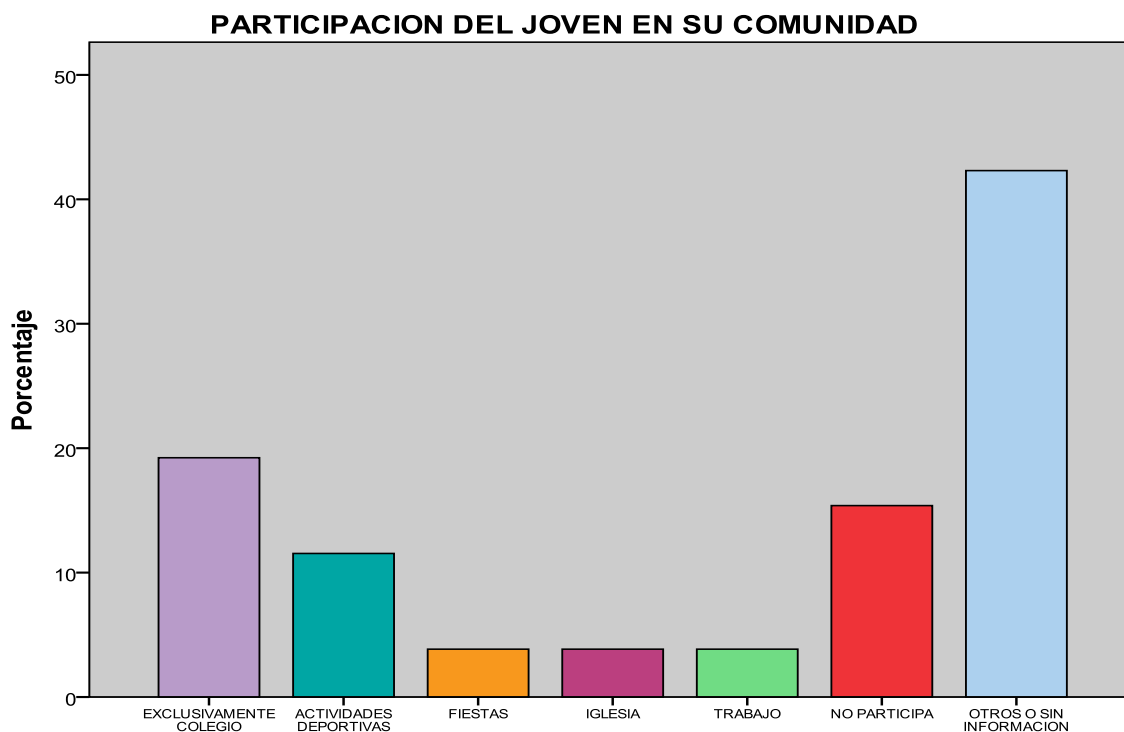
El análisis que se desprende en este caso es característico ya que un 46,2% de los jóvenes se relacionan con pares asociados al consumo con los cuales se refuerza el círculo vicioso de la droga; en contraste con el 42,3% que se relacionan con amigos asociados al colegio; un 3,8% declara que sólo se relaciona con su pareja, y con el mismo porcentaje encontramos a quienes señalan tener problemas de sociabilización; un 3,8% de los usuarios no presenta información al respecto y equivale solamente a un joven.

En Relación con la Comunidad

Podemos señalar del mismo modo que “mientras las relaciones de amistad y las amorosas se hacen más intensas, el adolescente se interesa menos por las actividades familiares y puede empezar a rechazar algunos valores familiares” (Lahey, 1999: 385), considerando este punto se le hizo hincapié en conocer a qué dedican el tiempo libre (entendiendo por esto a una ausencia de asociación: diversión = consumo de drogas, inquietud cultural, deportiva, recreativa, etc.) y del mismo modo si participan en su comunidad (entendiendo por ésta integración social en el barrio, relaciones positivas de vecindad. Integración e inclusión social, recursos comunitarios suficientes para el adolescente, conocimiento y accesibilidad a los mismos) (CONACE, s/f), resultados que se presentan a continuación.

El siguiente gráfico muestra la participación de los jóvenes consumidores en organizaciones u asociaciones sociales de su barrio.

Gráfico N° 11

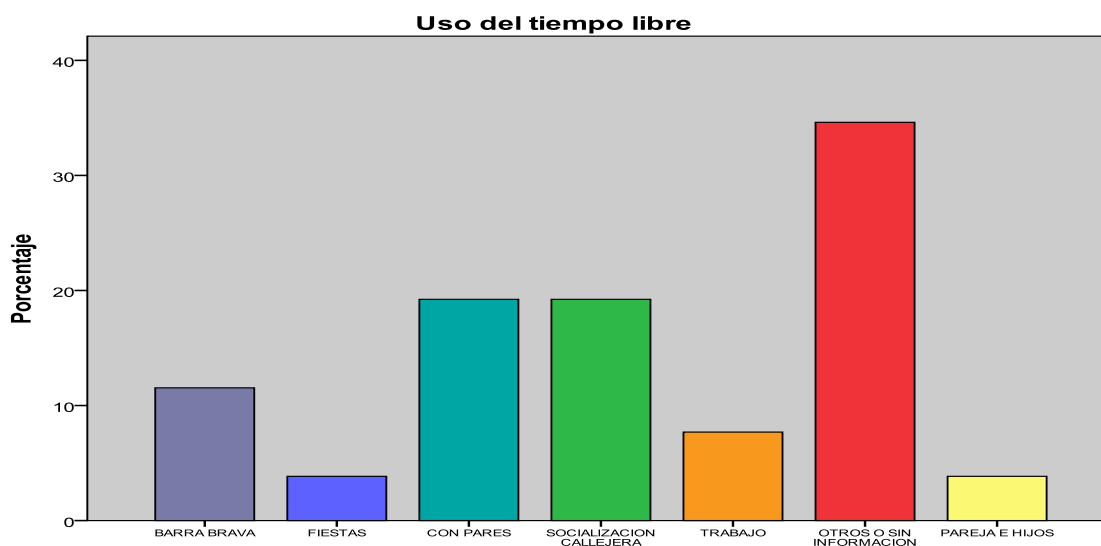


Fuente: Investigación directa.

El presente gráfico se puede apreciar que el 50% por ciento de los jóvenes declara no participar en ninguna actividad relacionada con la comunidad; de lo anteriormente señalado se presume que desconocen las actividades que ofrece su comuna de residencia; por otro lado, un 19,2% participa en actividades relacionadas exclusivamente con el ámbito académico; un 11,5% participa en actividades deportivas, principalmente fútbol; un 3,85% asiste a iglesia evangélica; de igual modo, el 3,8% asiste regularmente a fiestas con su grupo de pares; un 3,8% trabaja como vendedora con el fin de ayudar a su familia. Sólo de un 7,69% no se posee información al respecto.

A modo de profundizar los datos anteriores, se les consultó a los sujetos de estudio acerca del uso de su tiempo libre, datos que se muestran a continuación.

Gráfico N° 12



Fuente: Investigación directa.

El buen uso del tiempo libre entendiendo por este punto como un espacio de relajación y ocio y de sano esparcimiento; es un factor fundamental para mejorar la calidad de vida de los usuarios e influye en la posibilidad de que los jóvenes aumenten sus factores protectores: dentro de este punto, el presente gráfico nos muestra que un 11,5% de los jóvenes participa en las barras bravas asociadas a los clubes deportivos (que si bien a nivel país se encuentran estigmatizadas, los jóvenes del presente estudio declaran participar de manera sana y acompañados por familiares), un 3,8% asiste a fiestas durante los fines de semana, un 19,2% suele pasar sus tiempos libres compartiendo con sus pares, un 19,2% presenta socialización callejera asociada al consumo de drogas, un 7,7% trabaja y un 3,8% que corresponde a un caso, utiliza su tiempo libre para visitar a su hijo que se encuentra internado en un hogar de SENAME.

Dentro del Ítem Otros o Sin Información correspondiente al 34,6%, se puede destacar que ella un 7,69% de los sujetos estudiados no se posee información respecto de este punto, un 11,54% pasa su tiempo libre en pareja (Pololos/as), un

joven equivalente al 3,8% asiste a la Iglesia, un 3,8% trabaja limpiando vidrios, y un 7.7% realiza deportes.

Capítulo VIII

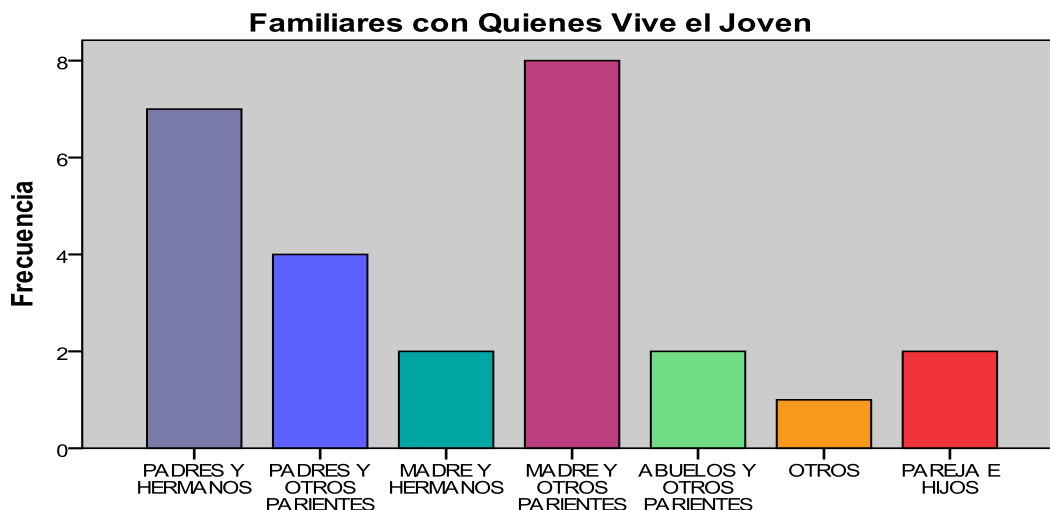
Características Psicosociales de la Población en Estudio

7.2 Antecedentes Familiares del Joven

El presente punto, se describe principalmente a través de, la composición familiar o grupo familiar de los jóvenes estudiados, el adulto responsable que acompaña el proceso de tratamiento del joven, por otro lado, se describe la situación de la madre del joven y finalmente el padre del usuario, así como también, el subsistema fraternal. Como se explico en el Marco Teórico de esta investigación. La familia es un sistema social, integrado por personas de diferente sexo y edad que tienen una relación de alianza y parentesco por consanguinidad o por afinidad y cuyo propósito es la convivencia prolongada y la realización de actividades cotidianas estrechamente relacionadas con la reproducción social: reproducción biológica o más precisamente biosocial, mantenimiento cotidiano de las personas, reposición de la fuerza de trabajo, socialización primaria de niños y jóvenes y en general con la reproducción cultural y simbólica de una sociedad.

Es importante destacar primeramente que en la mayoría de los casos los jóvenes pertenecen a hogares en situación de vulnerabilidad, se entiende por esto a hogares pobres que incluyen al menos un miembro perteneciente a los llamados grupos vulnerables, definidos según un atributos de los sujetos: ser niño, jóvenes desocupados o inactivos, mujeres jefas de hogar, los adultos mayores, las personas discapacitadas y las pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, etc y en general provienen de familias multiproblemáticas con las características ya descritas también en el Marco Teórico de este estudio.

Gráfico N° 13

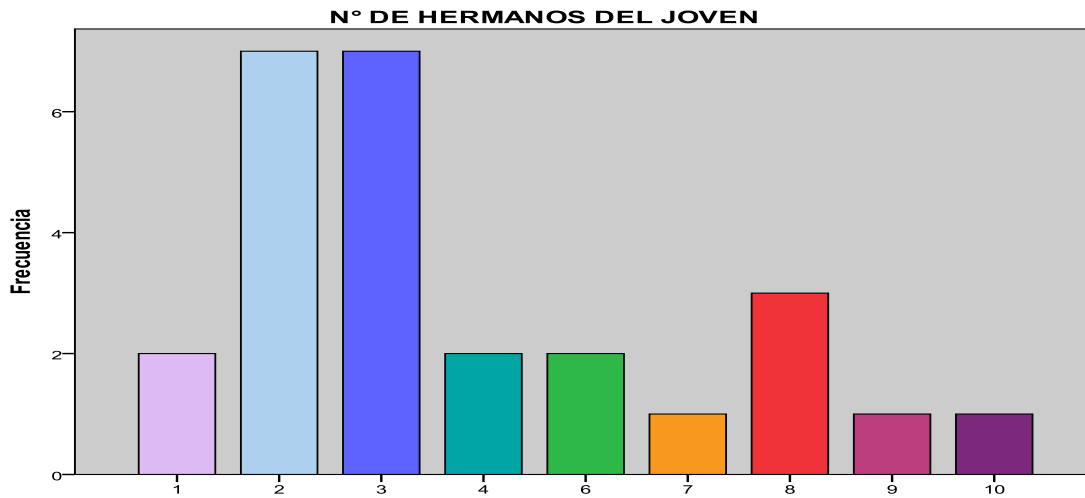


Fuente: Investigación directa.

En este gráfico se puede apreciar que un porcentaje significativo de los casos, el 30,8% correspondiente con 8 jóvenes, viven con la madre así como también con otros parientes (familia extensa monoparental); el 26,9% correspondiente a 7 adolescentes viven con ambos padres y sus hermanos (familia nuclear biparental); lo siguen en frecuencia, aquellos que viven con ambos padres y con otros parientes con un 15,4% entendiendo otros parientes a tíos, primos, etc.(familia extensa biparental); los abuelos y otros parientes (Grupos familiares de crianza), así como también, pareja e hijos(familia nuclear biparental del joven) presentan un porcentaje de 7.7%; finalmente la madre soltera que cría sola a sus hijos (familia nuclear monoparental) se presenta con un 7.7%; un 3,8% cae en la categoría otros ya que el usuario se encuentra en situación de calle, es importante señalar que este joven es mayor de edad. Frente al programa, su pareja es el adulto responsable, que lo acompaña en su proceso de rehabilitación.

En cuanto al número de hermanos el presente gráfico nos muestra lo siguiente:

Gráfico N°14

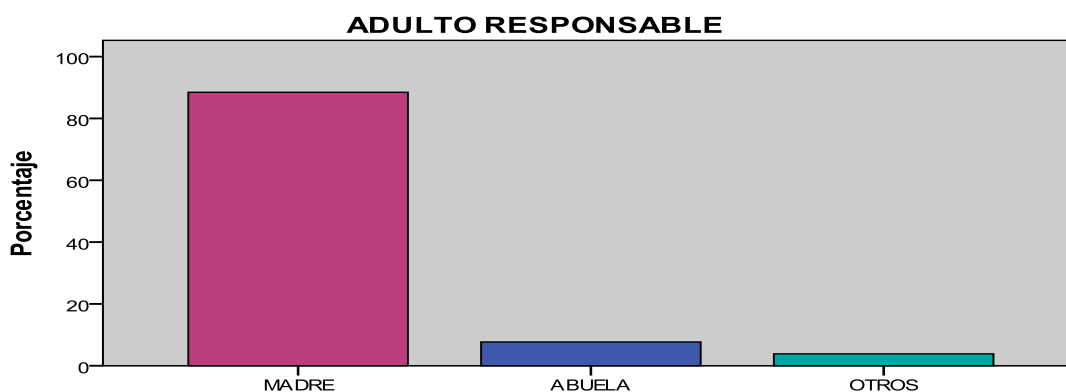


Fuente: Investigación directa.

Tal como se muestra en el gráfico, el 53.8% de los jóvenes poseen entre 2 y 3 hermanos lo que nos habla de familias numerosas que es una tendencia contraria a la que se da en la actualidad en las familias chilenas. Según el INE, la tasa global de fecundidad para el año 2010 era de 1,92 hijos/as por mujer, en relación a la muestra se puede señalar que el promedio de hijos es de 5.12 hijos por madre en edad reproductiva.

En todo programa de tratamiento se solicita un adulto responsable que acompañe el proceso terapéutico, se busca con esto contar con un acompañamiento constante, así como también, conocer el núcleo de referencia y los modos de convivencia del joven con su entorno, entre los objetivos principales se encuentra intercambiar información sobre la situación, comportamiento y estado general del joven, con el fin de ir apoyando el proceso de rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes que forman parte del programa. Frente a esto encontramos una amplia mayoría de madres como la adulto responsable, tal como se aprecia en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 15



Fuente: Investigación directa.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la madre es tradicionalmente quien cumple con el rol de apoderado frente al proceso de tratamiento de su hijo, siendo así en el 88.5% de los casos. Este dato, nos permite inferir la situación de las madres de estos niños y niñas que cumplen con la función de la jefatura de hogar y la responsabilidad casi exclusiva en la crianza de los hijos. Por otra parte, la abuela es el apoderado en un 7.7%. De esta información se desprende que en un 96.2%, son los familiares directos los que enfrentan la mayor responsabilidad en el tratamiento de los usuarios, y que ciertamente son mujeres tal como se destacó anteriormente. En el 3.8% restante, es otro adulto significativo (parejas o convivientes de los usuarios) quien cumple este rol.

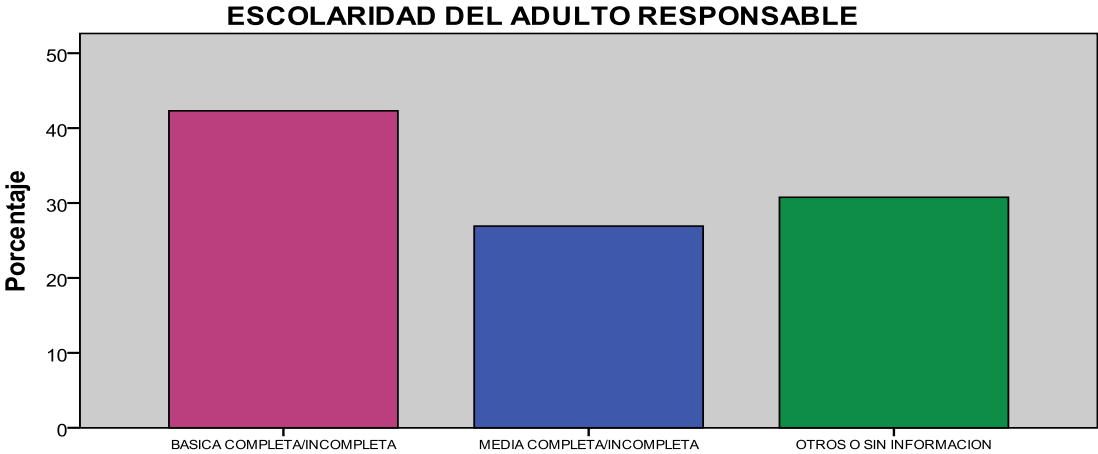
Nivel de instrucción de los familiares de los jóvenes

Es importante señalar respecto de este punto que el bienestar futuro de los jóvenes vendrá de la mano del acceso a la información y el conocimiento, es por este motivo que es necesario que los sistemas educativos coloquen el máximo de jóvenes y adultos en situación de participar activamente en espacios productivos y sociales ligados principalmente a la educación ya que la manera de adquirir

conocimientos se modifica rápidamente, y se hace necesario que ,sobre todo, la población adulta, adquiera habilidades y competencias que les permitan adaptarse rápidamente a estos cambios, para nadie es una sorpresa señalar que las personas con educación primaria o básica poseen altas tasas de desempleo si se comparan con aquellas por ejemplo que poseen educación universitaria. Según el Censo 2012, en relación a la población con cinco años o más por nivel de instrucción se puede señalar que del total de la población chilena, un 32,99%, cursa la enseñanza básica completa, del mismo modo se puede destacar que un 39,23% se encuentra cursando la enseñanza media.

En relación a la escolaridad del adulto responsable se puede destacar lo siguiente:

Gráfico N° 16

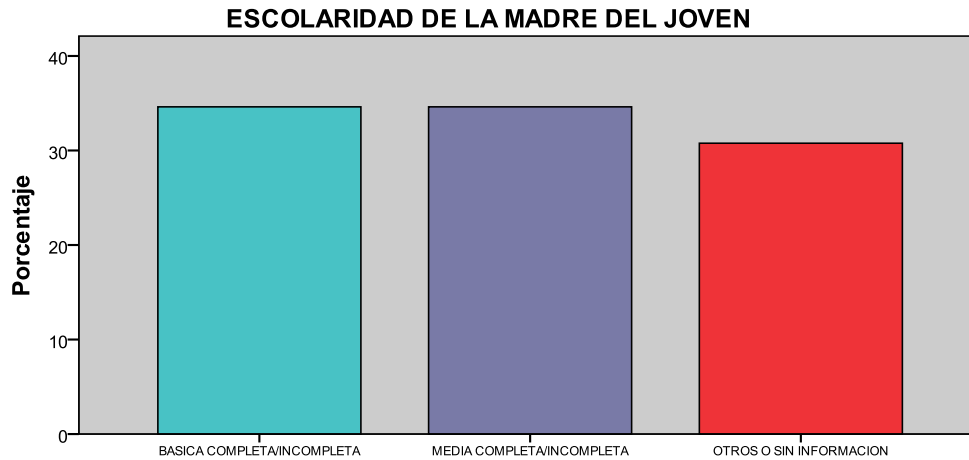


Fuente: Investigación directa.

Del presente gráfico se puede deducir que un 42,3% de los adultos responsables terminaron o cursaron la enseñanza básica; de estos un 19,23% tiene la enseñanza básica incompleta; un 26,9% cursa la enseñanza media, sólo egresando de este ciclo un 11,54%. De un 30.8% se desconoce información.

En cuanto a la educación de la madre se destaca a continuación:

Gráfico N° 17

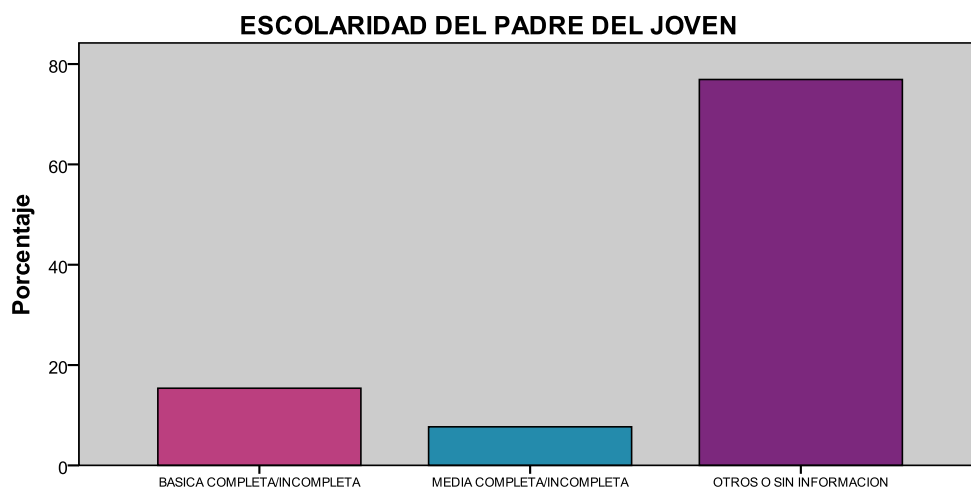


Fuente: Investigación directa.

Del gráfico presente, se puede interpretar que un 34,6% de las madres de los usuarios cursaron la enseñanza básica, de éstas solo un 19,23% termina sus estudios básicos. Un 34,6% cursa la enseñanza media, de éstas sólo un 11,54% termina su enseñanza completa. De un 30,8% se desconoce la información y dentro de este porcentaje, un 3,8%, no corresponde, pues la madre está fallecida.

A modo de introducción del siguiente gráfico me gustaría señalar que solo un 42,3% de los jóvenes investigados cuenta con la figura paterna dentro de su proceso de crianza, sin embargo, esta figura no se hace partícipe del proceso de tratamiento efectuado por el joven, lo que se denota principalmente en la carencia de información que se posee al respecto, un 38,5% de las familia posee jefatura femenina, desconociéndose mayores antecedentes del progenitor. En relación a la educación del padre del joven se pudo averiguar lo siguiente:

Gráfico N° 18



Fuente: Investigación directa.

El dato más significativo de este gráfico es que del 76,9% de los padres no se tiene información en este ítem de lo que se puede inferir que son padres ausentes o que no aportan información por su poca visibilidad en este proceso. Como se señaló anteriormente, un 38,5% de los jóvenes vive en una familia monoparental liderada por la madre lo que reafirma lo anteriormente señalado, de los que se cuenta con información se señala que de los que asistieron a la enseñanza básica (un 15,48%) sólo uno la terminó, y con un 7,7% en el caso de la enseñanza media, sólo uno llegó a completar el ciclo escolar completo.

En cuanto al Consumo dentro de la Familia

El presente estudio divide esta dimensión en cuatro ámbitos: el primero es saber si existe consumo dentro de la familia, si existe, especificar si es de parte de la madre, del padre y/o de los hermanos; este punto es importante dentro del estudio ya que nos muestra qué tan presente está este problema de consumo de drogas

en la dinámica familiar del joven sujeto de esta investigación y por lo tanto, de las posibilidades de apoyar o entorpecer su proceso de rehabilitación.

Tabla N°1

Consumo de Drogas en la Familia del Joven

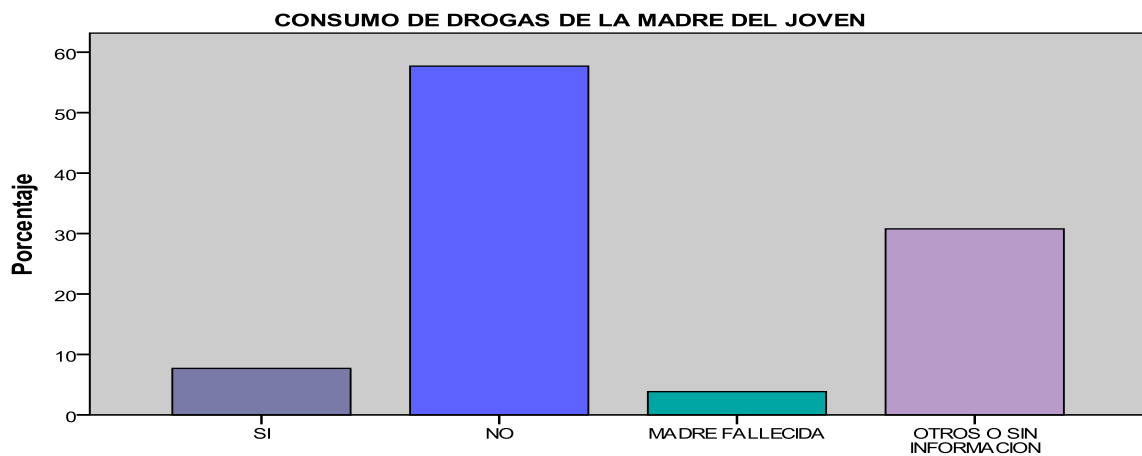
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	16	61,5	61,5	61,5
NO	8	30,8	30,8	92,3
OTROS O SIN INFORMACION	2	7,7	7,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

Respecto de la presente tabla se puede destacar que existe un alto porcentaje de familiares de los jóvenes, que son consumidores habituales de drogas, 61,5%; que la droga de mayor consumo es el alcohol (OH). Un 30,8% no presenta dentro de su núcleo familiar consumo de drogas, lo que se constituye en un factor protector del joven en su proceso de rehabilitación.

Respecto del consumo de drogas de la madre se puede señalar lo siguiente:

Gráfico N° 19

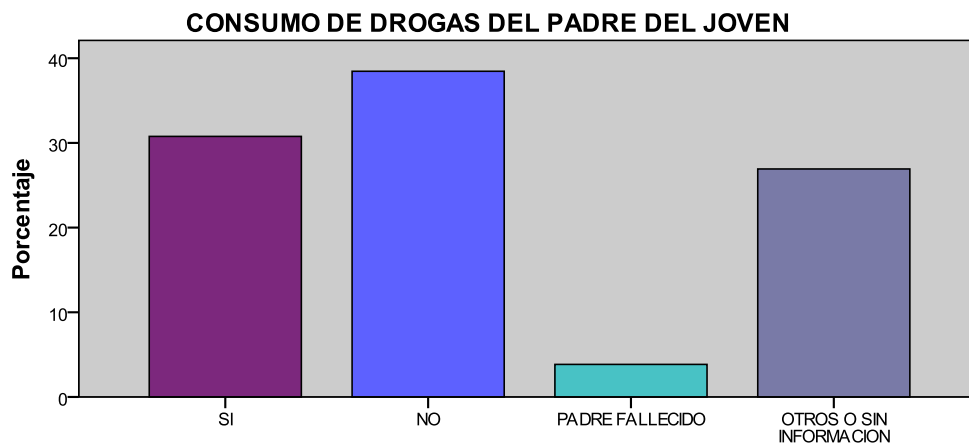


Fuente: Investigación directa.

En el presente gráfico se puede destacar que un alto número de madres declara no ser consumidora de drogas, 57,7%: dentro de este grupo existe una madre que es rehabilitada del consumo de drogas. Del 7,7% que consume drogas (dos madres) presentan consumo problemático de OH. Es importante destacar que en un 30,8% no existe información de si son consumidoras o no de drogas o alcohol.

En cuanto al consumo de drogas del padre se puede indicar lo siguiente:

Gráfico N° 20

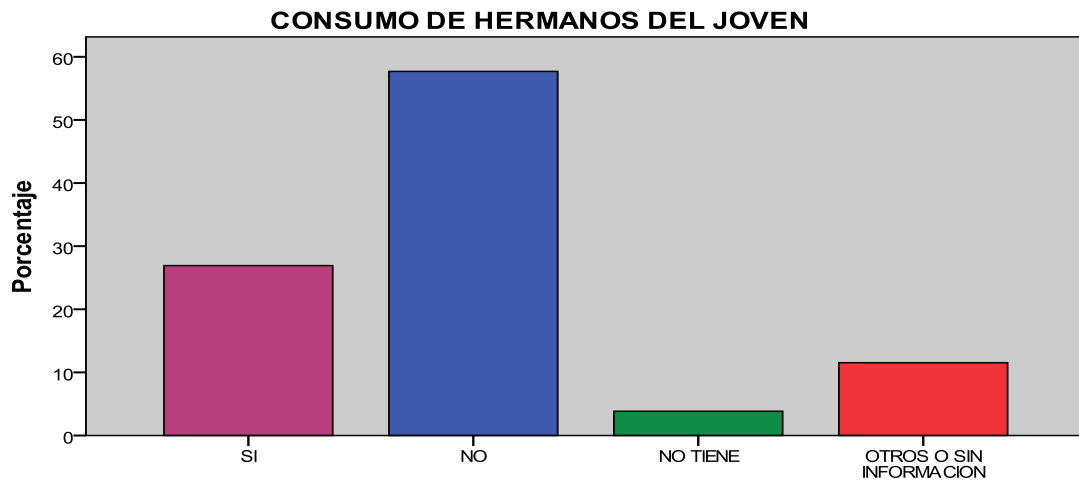


Fuente: Investigación directa.

En relación al presente gráfico podemos destacar que el porcentaje de padres que consume drogas es de 30,8% principalmente OH, THC entre otros, a diferencia del 7,7% de las madres: un 38,8% de los progenitores no consumen drogas. De un 26,6% se desconoce información al respecto porque son familias monoparentales en las cuales la madre asume ambos roles respecto de la crianza de sus hijos, por lo que se desconocen las conductas actuales del padre.

-En relación al consumo de los hermanos del joven se puede observar lo siguiente:

Gráfico N° 21



Fuente: Investigación directa.

El gráfico destaca que un número importante de hermanos no declaran consumo de ninguna droga, 57,7%: respecto de los que si consumen, un 26,9% consume principalmente Pasta Base de Cocaína (PBC) y Marihuana (THC).

8. Nivel socioeconómico de la familia del joven

En relación a la situación laboral del adulto responsable se puede destacar lo siguiente:

Tabla N°2 Situación Laboral del Adulto Responsable

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos TRABAJADORA DEPENDIENTE	8	30,8	30,8	30,8
TRABAJADORA INDEPENDIENTE	3	11,5	11,5	42,3
JUBILADA	1	3,8	3,8	46,2
DESEMPLEADA	1	3,8	3,8	50,0
DELINCUENTE	1	3,8	3,8	53,8
DUEÑA DE CASA	10	38,5	38,5	92,3
SIN INFORMACION	2	7,7	7,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación Directa.

De esta tabla se puede concluir que un total de 46,1% (que incluye a la trabajadora dependiente, independiente y a las jubiladas) perciben regularmente un sueldo o ingreso mensual; el 38,5% ósea 10 casos, es dueña de casa; con un 7,7% se encuentra sin información, un 3,8% se encuentra cesante y finalmente con un 3,8% se encuentra un adulto responsable que se autocalifica de delincuente.

Tabla N° 3

Tabla de contingencia

Situación Laboral del Adulto Responsable * Adulto Responsable Parentesco

		Adulto Responsable Parentesco			Total
		MADRE	ABUELA	OTROS	
Situación Laboral del Adulto Responsable	TRABAJADORA DEPENDIENTE	7	1	0	8
	TRABAJADORA INDEPENDIENTE	3	0	0	3
	JUBILADA	0	1	0	1
	DESEMPLEADA	0	0	1	1
	DELINCUENTE	1	0	0	1
	DUEÑA DE CASA	10	0	0	10
	SIN INFORMACION	2	0	0	2
	Total	23	2	1	26

Fuente: Investigación Directa.

Respecto de la situación laboral de la madre se destaca lo siguiente:

Tabla N°4

Situación Laboral de la Madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TRABAJADORA DEPENDIENTE	9	34,6	34,6	34,6
	TRABAJADORA INDEPENDIENTE	4	15,4	15,4	50,0
	DESEMPLEADA	1	3,8	3,8	53,8
	DUEÑA DE CASA	10	38,5	38,5	92,3
	MADRE FALLECIDA	1	3,8	3,8	96,2
	SIN INFORMACION	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

En esta tabla podemos observar que un 50% de las madres trabaja tanto de manera independiente como dependiente, lo que contrasta con el 38,5% que son dueñas de casa; un 3,8% se encuentra cesante, en un caso la madre se encuentra fallecida y no perciben ingresos relacionados con pensiones de viudez; finalmente cabe destacar que un caso (3.8%) que no tiene información.

Respecto a la situación laboral del padre se destaca lo siguiente:

Tabla N°5

Situación Laboral del Padre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos TRABAJADOR DEPENDIENTE	7	26,9	26,9	26,9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	34,6	34,6	61,5
PADRE FALLECIDO	1	3,8	3,8	65,4
DELINCUENTE	1	3,8	3,8	69,2
OTROS O SIN INFORMACION	8	30,8	30,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

De esto se puede concluir que en un gran porcentaje, 61,8% de los padres, trabaja de forma independiente o dependiente; un 30,8% corresponde a otros o sin información; llama la atención lo elevado de este último porcentaje se puede inferir que los padres no participan de la crianza o que no quieren entregar esta información por desconfianza hacia las instituciones; finalmente con un 3,8%, un caso, se autodenominado como delincuente.

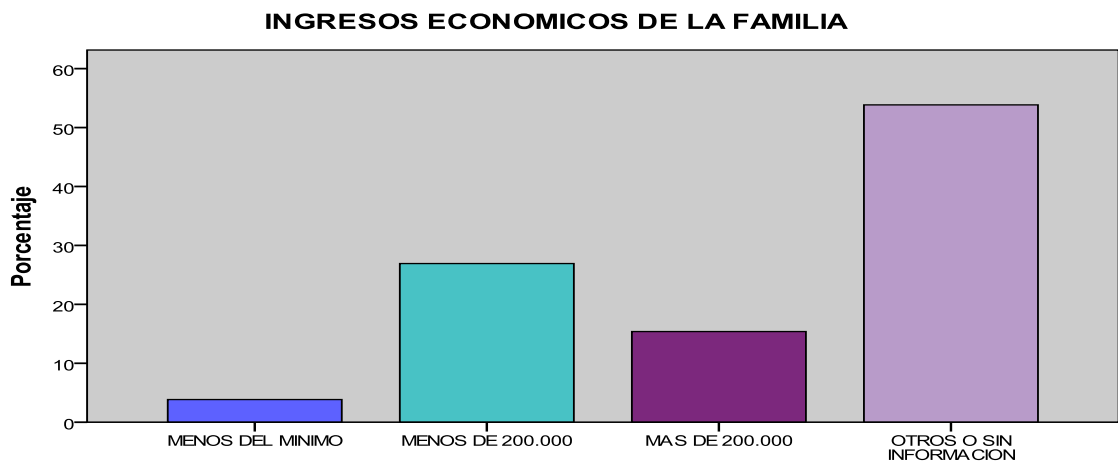
En relación a los ingresos económicos de las familias es necesario precisar algunos conceptos básicos, por ejemplo, qué se clasifica como pobres a: “aquellas personas cuyos ingresos se sitúan por debajo del valor de dos canastas básicas”, la vulnerabilidad económica es entendida simplemente como los hogares o personas cuya cuantía de los ingresos se sitúa relativamente cercana a la línea de la pobreza y que en situación de cambios en variables tales como la tasa de desocupación, la calidad de los empleos (especialmente de los nuevos), los índices de inflación se verían afectados de forma importante.” (Urrutia, 1997/131)

Tabla N°6 Ingreso Económicos de la Familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MENOS DEL MINIMO	1	3,8	3,8	3,8
	MENOS DE 200.000	7	26,9	26,9	30,8
	MAS DE 200.000	4	15,4	15,4	46,2
	OTROS O SIN INFORMACION	14	53,8	53,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación Directa.

Gráfico N° 22



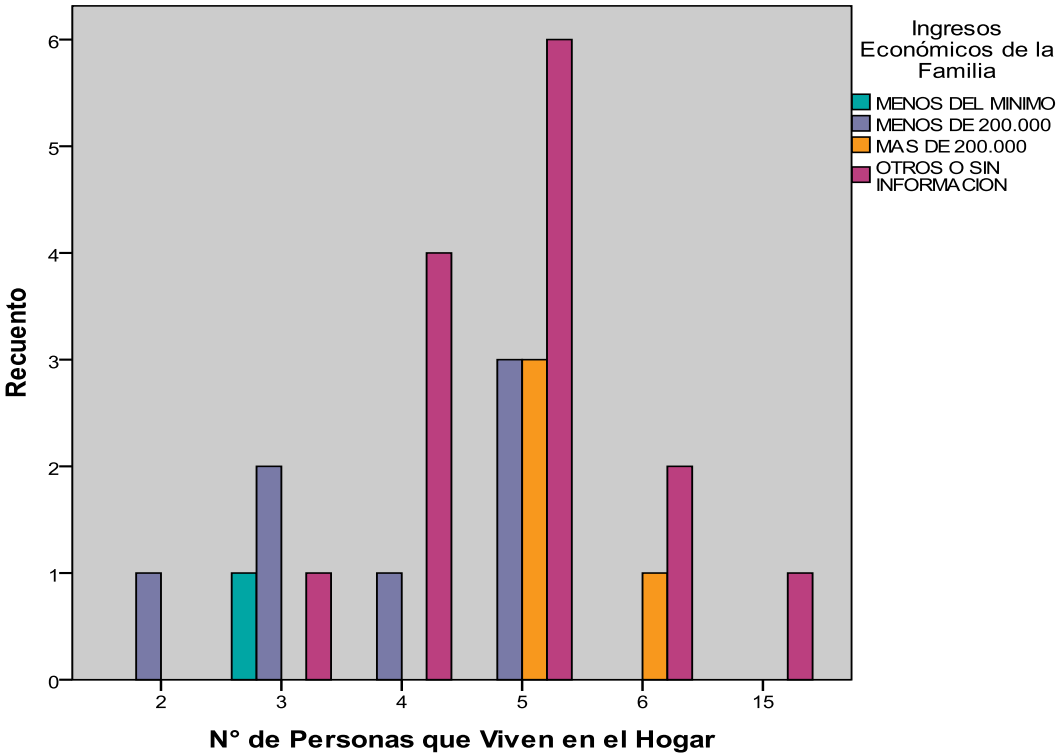
Fuente: Investigación Directa.

El ingreso promedio mensual de las familias de los jóvenes que están siendo tratados en el Cosam es clave para conocer el nivel económico con el que cuentan y determinan su situación de pobreza. Sin embargo, es importante señalar que muchas de estas familias se niegan a entregar esta información. En relación al presente estudio podemos señalar que 14 de las familias del estudio no informa de esta área a los profesionales del Cosam, por lo que se desconoce la información de la suma total de sus ingresos reales. Respecto de la información que si se posee, se obtiene los siguientes datos: El 3.8% correspondiente a un caso,

percibe menos del sueldo mínimo (\$ 80.000 pesos). El 26,9% recibe entre \$193.000 y \$ 200.000, rango en el que se encuentra el sueldo mínimo. El 15,47% posee ingresos superiores a \$ 200.000 lo que equivale a 4 familias del presente estudio; es importante destacar que ninguna de estas familias supera los trescientos mil pesos como ingresos mensuales.

Grafico N° 23

Gráfico de Contingencia: N° de Personas que Viven en el Hogar / Ingreso Económicos de la Familia



Fuente: Investigación Directa.

Del gráfico anterior se desprende, que el promedio de ingreso per cápita de las familias de los asistidos en el programa de tratamiento es de \$51.000.-. Frente a este antecedente se puede señalar que las familias del presente estudio se encuentran en situación de vulnerabilidad ya que en estas circunstancias, son varios los menores y/o adultos mayores que deben satisfacer sus necesidades

dependiendo de un solo ingreso. Y si, a la vez se considera que por elementos de calificación y tipo de empleo la calidad del trabajo de las personas activas es relativamente baja, la situación de vulnerabilidad en términos económicos se enfatiza.

Si se divide el ingreso familiar por el número de integrantes de la familia nos da la siguiente tabla:

Tabla N°7

Tabla de contingencia N°7 de Personas que Viven en el Hogar / Ingreso Económicos de la Familia

N° de Personas que Viven en el Hogar	Ingresos de la Familia				Total
	\$ 80.000	\$ 193.000	\$250.000	OTROS O SIN INFORMACION	
2	0	1	0	0	1
3	1	2	0	1	4
4	0	1	0	4	5
5	0	3	3	6	12
6	0	0	1	2	3
15	0	0	0	1	1
TOTAL	1	7	4	14	26

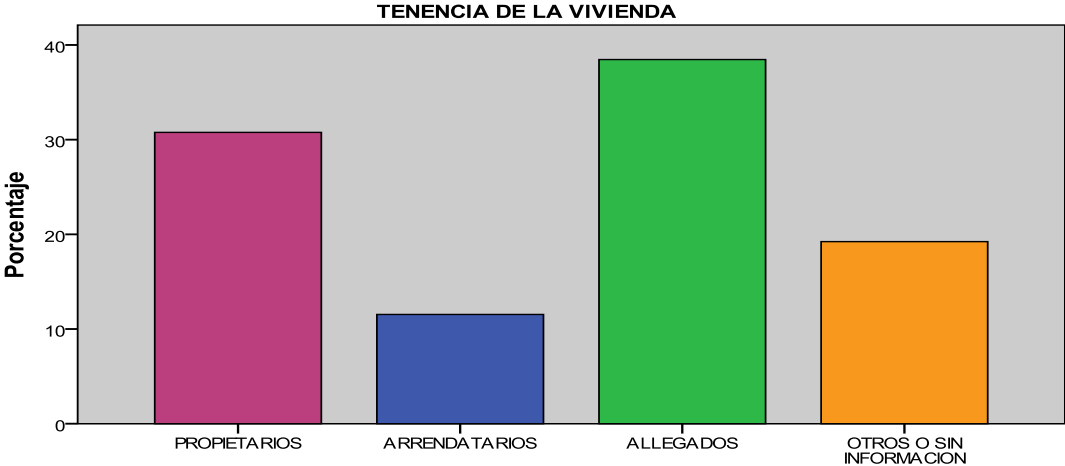
Fuente: Investigación Directa.

De la tabla podemos concluir que una familia que menor ingreso percibe es de lo que la sitúa en situación de indigencia \$ 80.000.-, dicha familia consta de tres miembros, resultando en un ingreso per cápita de \$ 27.000.-, (dividido en tres individuos) de igual manera, la familia que percibe mayor ingreso siendo este \$250.000.-, el ingreso per cápita es de \$50.000.- (dividido en cinco personas). Según La encuesta CASEN se considera en situación de pobreza a aquellos

hogares cuyos ingresos son inferiores al mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, y en situación de indigencia a aquellos hogares cuyos ingresos son inferiores al mínimo establecido para satisfacer las necesidades alimentarias de sus miembros. Según el Ministerio de Desarrollo Social, la encuesta CASEN 2009, señala que la línea de la pobreza urbana es de \$ 64.134.-, y la línea de la Indigencia para el mismo año es de \$ 32.067.-, por lo tanto se puede señalar que las familias investigadas en el presente estudio, se encuentran bajo la línea de la pobreza, y que dentro de estas familias, una de ellas se encuentra bajo la línea de la indigencia.

Antecedentes Relacionados con la Vivienda del Joven, respecto a este punto es importante destacar lo siguiente:

Gráfico N°24



Fuente: Investigación directa.

Respecto del presente gráfico se puede señalar que dentro del grupo de estudio existe un alto porcentaje de allegados siendo estos un 38,5% del total: del mismo modo, un 30,8% de los usuarios vive en casa propia; un número considerablemente menor arrienda vivienda (11,5%). Es importante destacar que

cinco de los usuarios desconoce la situación de tenencia de la vivienda en la cual habita.

En la tabla a continuación se hace la comparación entre la tenencia de la vivienda y los ingresos familiares: de ésta se puede desprender que, respecto de los que perciben ingresos inferiores al sueldo mínimo, sólo un 3,8% es propietario de su vivienda; en relación a los que perciben menos de \$ 200.000.-, se puede señalar que un 11,4% es propietario de su vivienda; un 3,8% de las familias arriendan y el mismo número 11,4% habitan sus viviendas en calidad de allegados; de las familias que perciben más de \$200.000.-, sólo un 7,6% es propietario de su vivienda; del mismo modo un 7,6% de las familias son allegados.

Tabla N°8

Contingencia Tenencia de la Vivienda * Ingresos Económicos de la Familia

	Ingresos Económicos de la Familia				Total
	MENOS DEL MINIMO	MENOS DE 200.000	MAS DE 200.000	OTROS O SIN INFORMACION	
TENENCIA DE LA VIVIENDA					
PROPIETARIOS	1	3	2	0	6
ARRENDATARIOS	0	1	0	0	1
ALLEGADOS	0	3	2	0	5
OTROS O SIN INFORMACION	0	0	0	14	14
Total	1	7	4	14	26

Fuente: Investigación directa.

En cuanto a los servicios básicos con los que cuenta la vivienda se presenta la siguiente tabla a continuación:

Tabla N°9

Servicios Básicos con los que Cuenta la Vivienda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos TODOS	13	50,0	50,0	50,0
SERVICIO HIGIENICO COMPARTIDO	1	3,8	3,8	53,8
SIN INFORMACION	12	46,2	46,2	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

En relación a esta tabla se puede destacar que el 50% de los usuarios cuenta con todos los servicios básicos entendiendo por esto luz eléctrica, alcantarillado y agua potable. Un 3,8% presenta servicios higiénicos compartidos entre los habitantes del sitio en que habita. Sin embargo en un 46,2% se desconocen mayores antecedentes respecto de este punto.

8.1 Perfil Psicológico

La psicología es “como la ciencia de la conducta y los procesos mentales” (Lahey, 1999:5), respecto de la adolescencia, se puede destacar que “el desarrollo adolescente es un proceso de cambios y transformaciones, que permite un enriquecimiento personal y progresivo en una delicada interacción con los entes sociales del entorno; su valoración tiene como referente no solo la biografía del individuo, sino también la historia y el presente de su sociedad”. (Krauskopf, 2000: 348).

En el proceso de la adolescencia el individuo debe confrontar su experiencia pasada o familiar con sus propios cambios biológicos y psicológicos y adquirir un espacio en la sociedad, según Krauskopf, las claves del desarrollo adolescente

son: las bases afectivas y sociales recibidas durante la niñez, las posibilidades de exploración, de concretar la autoestima, expresar la autoafirmación, recibir la aceptación social, mantener la esperanza de tener opciones para un replanteamiento de quién es y quién se podría ser.

Frente a esta definición y considerando las características del presente estudio, se puede señalar que los individuos al crear una dependencia psicológica de alguna droga que consuma con regularidad, sus procesos mentales, familiares y sociales se ven claramente alterados. Las drogas producen cambios en la conciencia, desde leves alteraciones en el estado de ánimo hasta alucinaciones en los casos más extremos. Por lo tanto, “El efecto de las drogas sobre la conciencia depende de varios factores, incluidas la dosis y la pureza, el peso, la salud, la edad, la personalidad de la persona que consume la droga, las expectativas sobre los efectos de la droga, la situación social y el estado de ánimo de la persona en el momento de consumir la droga.” (Lahey, 1999:204)

Según Arias (2000: 410), los rasgos psicológicos, de personalidad, en términos generales, y de comportamiento más frecuentes en los adolescentes abusadores de droga son:

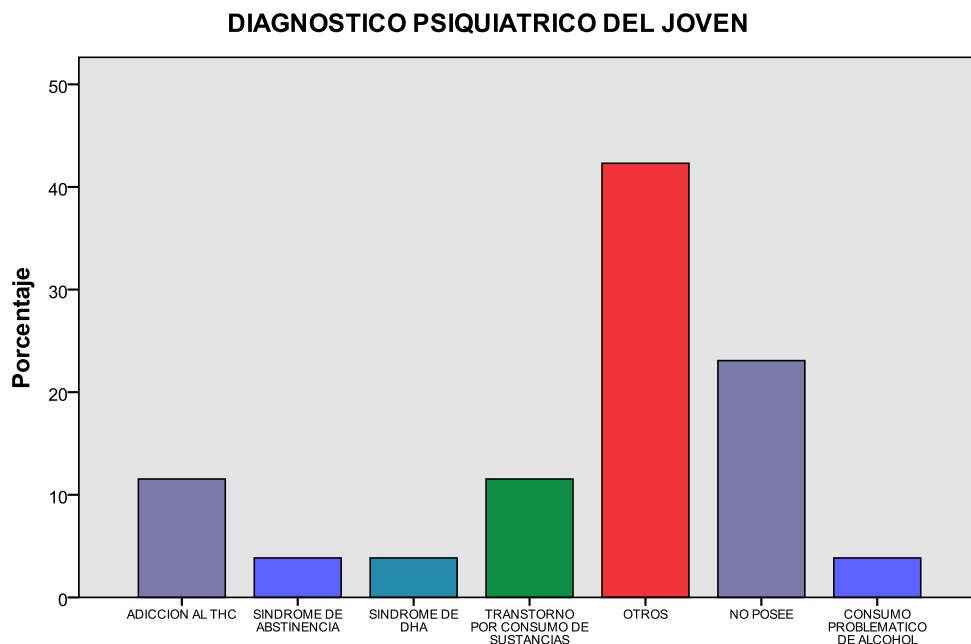
- “Una tendencia marcada a la dependencia.
- Impulsividad.
- Dificultad para controlar impulsos.
- Dificultad para obtener satisfacciones saludables.
- Trastornos más o menos severos de la autoestima.
- Carencia de una imagen más o menos integrada de sí mismos.
- Agresividad más o menos encubierta o manifiesta hacia contra los otros o hacia sí mismo.
- Angustia más o menos intensa.

- Intensos sentimientos de culpa que abruman a estos individuos por momentos.
- Predominio de un tipo infantil de pensamiento de tipo maniaco depresivo, que se rige por la llamada ley del todo o nada y que se expresa en las oscilaciones afectivas y valorativas extremas respecto de sí mismo y de los otros.
- Dificultades graves para expresar sus afectos e ideas y para sostener relaciones positivas con las personas.
- El haber experimentado pérdidas o duelos, o estrés muy intenso que no pudieron ser integrados por el niño o el adolescente por su magnitud, significación y el momento y el modo en que ocurrieron.”

Para el presente estudio se trabajó con el diagnóstico psiquiátrico que posee cada joven en proceso de tratamiento, los resultados se analizan a continuación:

En relación a este punto es importante señalar que, para que exista un tratamiento adecuado a la rehabilitación del consumo de drogas, es necesario descartar trastornos psicológicos de base, para esto en los centros de tratamiento existe un equipo multidisciplinario encargado de realizar los diagnósticos. El programa COSAM de La Pintana, cuenta con 11 horas psiquiátricas semanales cuyo objetivo es realizar a los jóvenes usuarios un diagnóstico multiaxial (el cual consiste en la evaluación de cinco ejes, cada uno de los cuales puede ayudar al planteamiento del tratamiento y en la predicción de los resultados; los ejes son los siguientes: 1. Trastornos clínicos y otros cuadros que merecen atención clínica; 2. Trastorno de personalidad y retraso mental; 3. Trastornos físicos y cuadros médicos; 4. Problemas ambientales y psicosociales; y por último, 5. Nivel de funcionamiento psicosocial). A partir de la información arrojada en la recopilación de la información para este diagnóstico es que se ha realizado el siguiente gráfico.

Gráfico N° 25



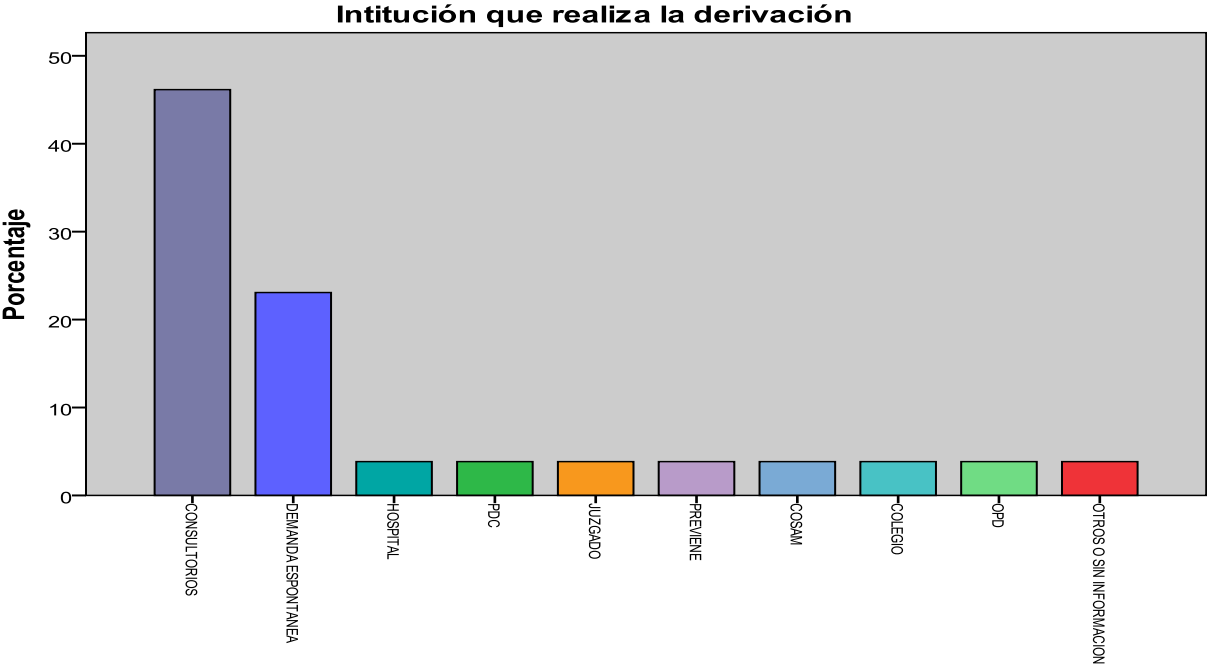
Fuente: Investigación directa.

Un 11,5% de los jóvenes presenta adicción a la marihuana (THC), un 3,8% presenta un síndrome de déficit atencional con hiperactividad, un 11,5% presenta trastorno por consumo de sustancias.

Un 34,6% de la tabla está clasificada como otros y dentro de este grupo se encuentran los trastornos depresivos, síndrome de abstinencia, trastorno de conducta, trastorno del ánimo, trastorno bipolar, trastorno disocial, automutilaciones y trastorno de personalidad. Para la presente investigación se trabajó con un 76,9% equivalentes a 20 jóvenes los cuales contaban con diagnóstico psiquiátrico. Es importante señalar que, un 23,1% no posee diagnóstico ya que el equipo del COSAM evaluó innecesario el examen psiquiátrico considerando los avances en el proceso del joven, y/o considerando por sobre todo por la escases de horas médicas con que cuenta el programa. Por último 15,4%, el de los usuarios no posee información en su ficha respecto de este punto.

Para realizar un proceso de rehabilitación de drogas es necesario que se realice derivación desde la atención primaria de salud, considerando esta instancia como el lugar más cercano al domicilio del joven, a continuación se presenta la institución que realiza la derivación.

Gráfico N° 26

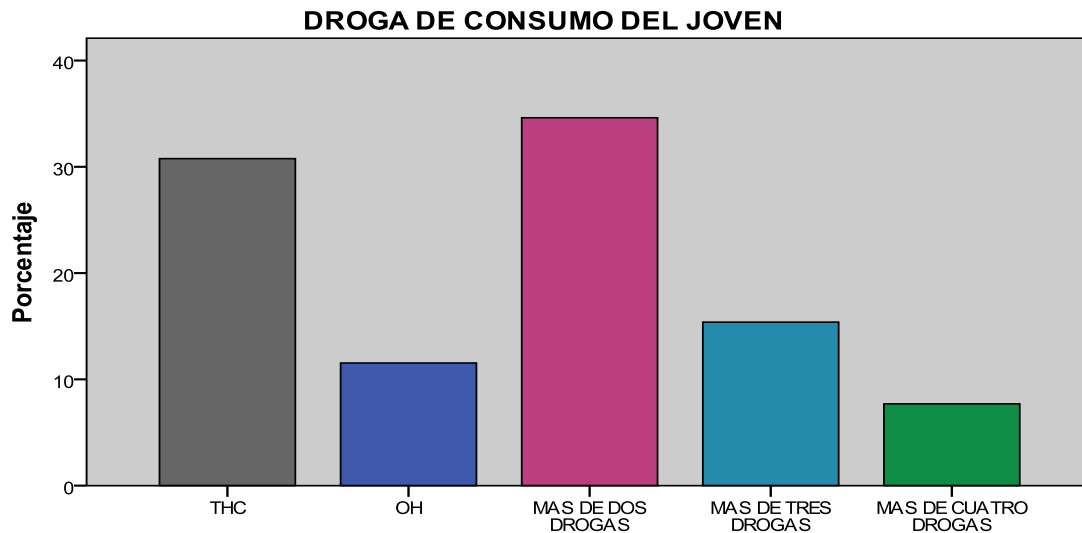


Fuente: Investigación directa.

De este gráfico se puede señalar que un 46,2% de los jóvenes son derivados por el consultorio o atención primaria de salud. Un 23,1% llega por demanda espontanea lo que podría denotar el interés de los usuarios o de sus familias para que deje esta conducta de riesgo. Y un 26,6% distintas organizaciones (Hospital, Programa de tratamiento del consumo Problemático de Drogas (PDC), Juzgado, Previene, COSAM, Colegio, OPD), un 3,8% no presenta información de este antecedente.

El presente gráfico muestra las drogas que utilizan los jóvenes del COSAM de manera más recurrente.

Gráfico N° 27



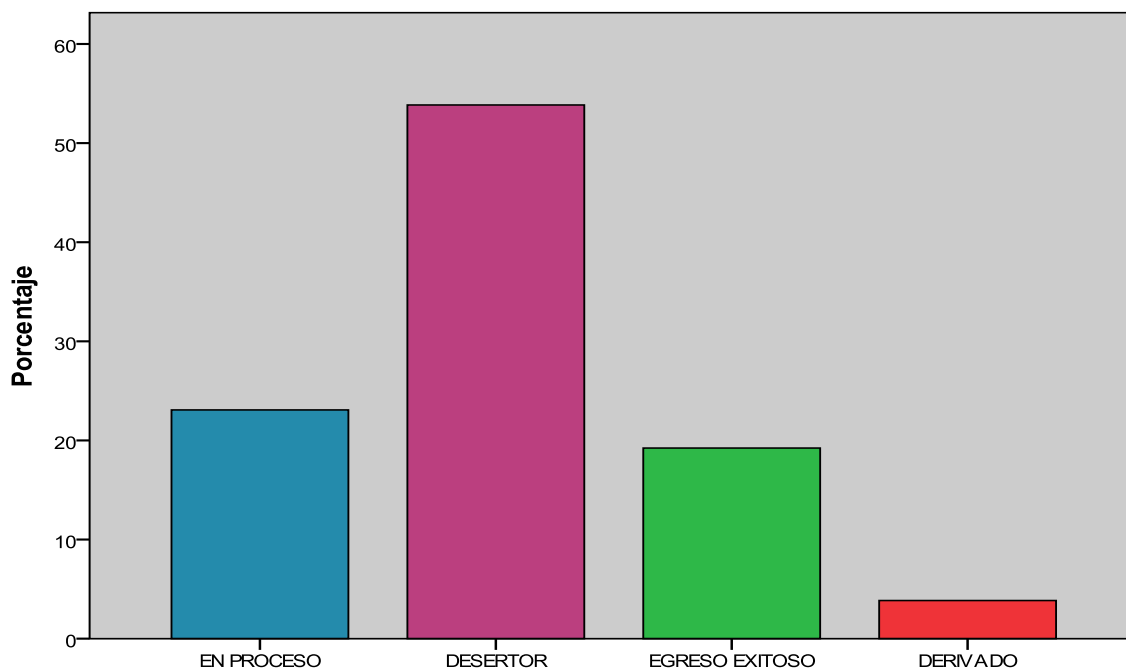
Fuente: Investigación directa.

Frente al gráfico y tabla que representa el consumo de drogas de los jóvenes podemos señalar que existe un alto porcentaje que son policonsumidores con un 57.7%; dentro de las drogas más usadas se encuentran la Marihuana (THC), el Alcohol (OH), y la Pasta Base de Cocaína (PBC) y el uso esporádico de psicotrópicos. Del mismo modo, un 42.3% declara ser consumidor de sólo una droga.

El comienzo de la adolescencia está marcado por los cambios que se inician en la pubertad, en esta etapa los compañeros son a menudo más importantes que los padres fundamentalmente en niños y adolescentes que provienen de familias multiproblemáticas, es en esta etapa donde se da principalmente la curiosidad y el inicio del consumo de drogas.

Gráfico N° 28

ETAPA DEL PROCESO DE REHABILITACION EN QUE SE ENCUENTRA EL USUARIO



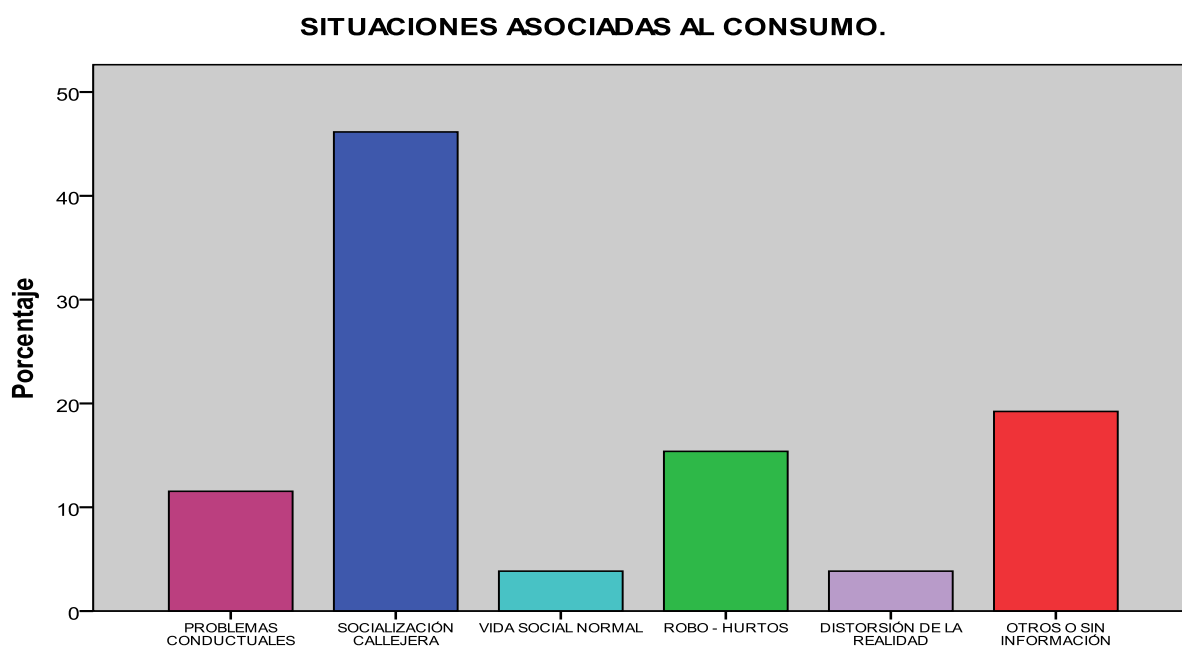
Fuente: Investigación directa.

De este gráfico podemos concluir que un 53,8%, es decir, que más de la mitad de los usuarios del COSAM desertaron del proceso de rehabilitación. Influyen en la deserción, factores individuales psicológicos (depresión) o bien factores culturales (derivados del medio) que llevan al fracaso del proceso individual de algunas personas. Un 23,1% se encuentran en proceso, es decir hay interés en su tratamiento de cura o por presiones del medio para que éste “salga de la droga” y, un 3,8% es derivado a otros programas asociados a la problemática drogas más acorde con las necesidades de su tratamiento.

El consumo de drogas implica en la gran mayoría de los casos que se viva una adolescencia problemática asociada a problemas emocionales o de conducta que

se manifiesta por ejemplo en problemas de rendimiento académico, de deserción escolar y también de introducción al mundo delictual cuando se suma a la adicción la situación de pobreza, el grupo de pares influye en las decisiones que toman los adolescentes especialmente frente a diversos estímulos sociales; el siguiente gráfico nos muestra las principales situaciones en las cuales los jóvenes se ven involucrados como resultado del consumo de drogas.

Gráfico N° 29



Fuente: Investigación directa.

Dentro de este punto se puede señalar que un 11.5% de los sujetos de estudio, muestra problemas conductuales, casi la mitad de los jóvenes (46.2%) presenta socialización callejera; un 15.4% roba para consumir un 3.8% presenta distorsión de la realidad asociada a alucinaciones y por último, solo un 3.8%, que corresponde a un caso, presenta vida social que el mismo joven define como normal.

Respecto a la categoría otros o sin información, si se hace más exhaustiva la revisión de este punto podríamos señalar que del 19.2% correspondiente a este punto, un 7.6% evidencia automutilaciones y reconoce tener conductas sexuales de riesgo; un 3.8% muestra consumo de alcohol hasta la pérdida de conciencia y/o de control, 3.8% comete robo al interior del hogar y finalmente un 3.8% correspondiente a un caso, no presenta información.

La tabla a continuación nos muestra la situación judicial de los jóvenes:

Tabla N°10

Situación Judicial en la que se Encuentra Involucrado el Joven

	Frecuencia (N° de casos)	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIN PROBLEMAS JUDICIALES	17	65,4	65,4	65,4
CON PROBLEMAS JUDICIALES	6	23,1	23,1	88,5
CON ANTECEDENTES JUDICIALES	3	11,5	11,5	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

De esta tabla se puede desprender que en un alto porcentaje (65,4%) de los jóvenes no tiene problemas penales; le sigue un 23,1% cuya información es que tiene problemas judiciales, que se interpreta que han realizado delitos pero que no han sido detenidos y un 11,5% con antecedentes y problemas judiciales asociados al consumo.

En cuanto a los tipos de delitos cometidos y por los cuales tendrían antecedentes judiciales se gráficán en la siguiente tabla de frecuencia:

Tabla N°11

Tipo de Delito en que ha participado el joven

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIN DELITO	17	65,3	65.3	65.3
VAGANCIA	2	7,7	7,7	73,0
HURTO	1	3.8	3,8	76,8
ROBO EN GENERAL	6	23,2	23,2	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

De esta tabla se puede apreciar que un 65.3% de los jóvenes no tiene conductas delictuales asociadas al consumo, no así en siete casos que acusan situación de conflicto con la justicia de los cuales encontramos a un 23,2% por robo, un 7,7% por vagancia, y un 3,8% por hurto. No teniendo otros antecedentes se puede inferir que dichas conductas están asociadas al consumo de drogas.

8.2 Motivaciones y expectativas

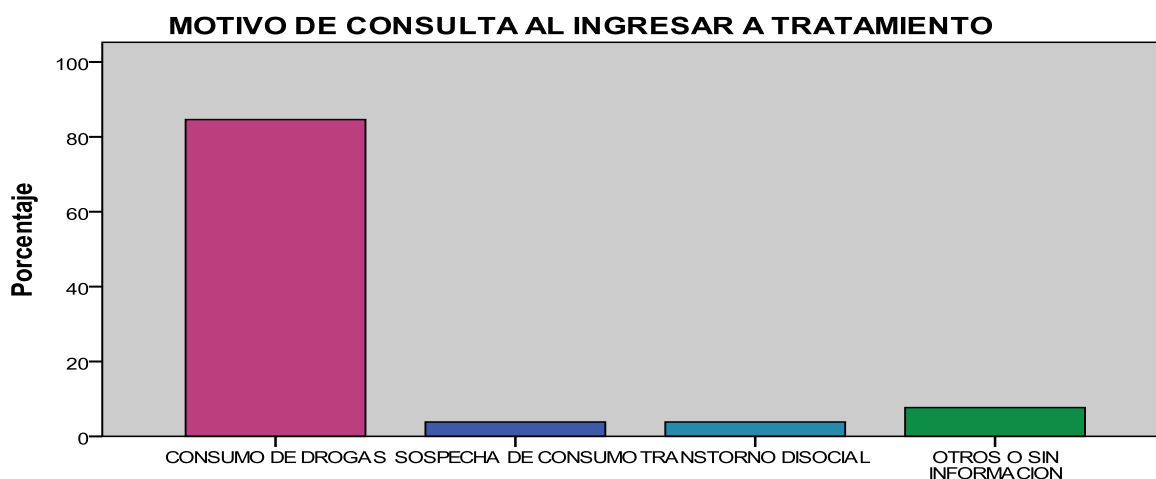
Las motivaciones se refieren a un estado interno que activa y dirige nuestros pensamientos hacia metas o fines determinados, los motivos simplemente son el centro de nuestra vida: “activa y dirigen lo que pensamos sentimos y hacemos. La motivación está estrechamente relacionada con el tema de las emociones. Las emociones son sensaciones positivas o negativas; la motivación y la emoción son dos conceptos estrechamente ligados entre sí por tres razones: a) la activación de las emociones estimula la conducta, igual que hacen los motivos; b) los motivos a menudo se acompañan de emociones; y las emociones tienen normalmente propiedades motivacionales entre sí”. (Lahey, 1999: 411)

La motivación es una resolución hacia un objetivo, que supone una acción por parte del sujeto y permite aceptar el esfuerzo requerido para conseguir ese objetivo. Está intrínsecamente compuesta de necesidades, deseos, tensiones, incomodidades y expectativas. Constituye un paso previo al aprendizaje y es el motor del mismo. En cuanto a la temática droga, la motivación es un proceso que incide en el tratamiento por consumo que determina la manera de enfrentar y realizar las tareas que supone el tratamiento.

Por otra parte, el hecho de que un joven se mantenga en tratamiento depende de factores asociados tanto al individuo como al programa. Los factores asociados a la persona, que influyen en su decisión de entrar y mantenerse dentro del tratamiento, es el factor motivacional del sujeto. “La motivación que tenga para cambiar su comportamiento de uso de drogas, el grado de apoyo de la familia y de las amistades, y del grado de presión que sienta por parte del sistema de justicia criminal, de los servicios de protección infantil, del trabajo o de la familia para mantenerse dentro del tratamiento. Dentro del programa los consejeros exitosos son los que logran establecer una relación terapéutica positiva con el individuo.” Es decir, que se llegue a establecer un grado de compromiso personal del sujeto con su propio proceso de rehabilitación. (CONACE, S/F)

Uno de los objetivos principales del presente estudio consistía en conocer cuáles eran las motivaciones de los jóvenes para ingresar a un proceso de tratamiento. Para llegar a este aspecto se inicia este análisis, conociendo en primer lugar, como llegaron los jóvenes al COSAM es decir, si fueron derivados y por quien en segundo lugar veremos el motivo de consulta los motivos que llevan a los jóvenes a ingresar al COSAM, a continuación se destacan los siguientes:

Gráfico N° 30

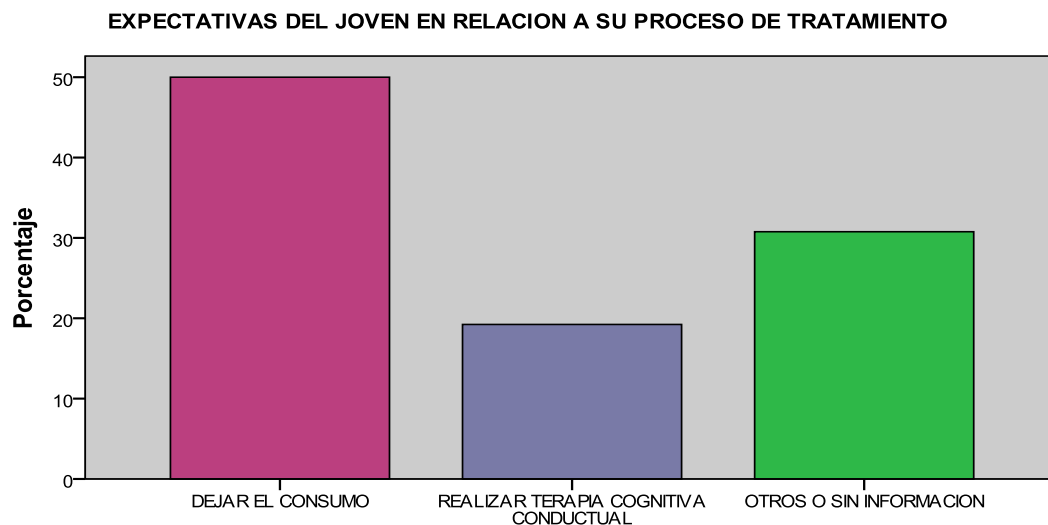


Fuente: Investigación directa.

Del gráfico podemos concluir que un gran porcentaje, el 84,6% de los usuarios que asisten al COSAM tiene como motivación dejar el consumo de drogas; un 3,8% ingresa por sospecha de consumo ya que los padres y sus cercanos presumen que el joven se encuentra con problemáticas relacionadas con la droga pero no han podido corroborarlo, en este caso, es el apoderado el que asiste al COSAM, para recibir orientación de parte de los profesionales, posteriormente se establece un vínculo con el joven con el fin de que ingrese a tratamiento; un 3,8% ingresa a tratamiento con un diagnóstico de trastorno disocial (se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo y además por ser trasgresores de normas). De un 7,7%, que corresponde a dos casos, no se cuenta con información en la ficha de ingreso al centro, en este punto.

Por otra parte, las expectativas suelen estar asociadas a la posibilidad de que algo suceda y que pueda ser sustentable de realizar, en cuanto a las expectativas de los jóvenes estos declaran las siguientes:

Gráfico N° 31



Fuente: Investigación directa.

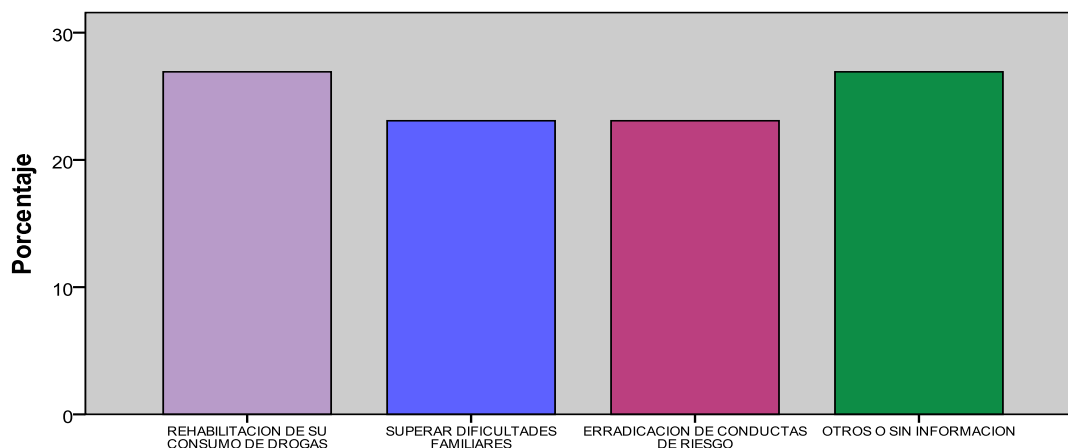
El gráfico nos muestra las expectativas que presentan los jóvenes respecto de su proceso de tratamiento. Un 50% señala que desea “dejar de consumir”, es importante destacar que un 19.2% señala la necesidad de realizarse terapia psicológica para mejorar su situación familiar y de vida.

Del último punto -otros o sin información (30.8%)- un 3.8% desea “que le otorguen más permiso para salir”; por otra parte, un 3.8% quiere “dejar de estar triste y de ver al diablo y a “Goku”, un 38% desea “dejar de mentir” y finalmente, de un 19.4% no se posee información al respecto.

En relación a las expectativas de la familia son las siguientes:

Gráfico N° 32

EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA EN RELACION AL PROCESO DE TRATAMIENTO DEL JOVEN



Fuente: Investigación directa.

Normalmente cuando un joven ingresa a un programa de tratamiento es el momento en el cual se les pregunta a las familias cuáles serían los resultados que a ellos les gustaría ver con respecto al proceso de tratamiento que van a llevar a cabo su familiar. Es en este minuto donde surgen las necesidades y temores más profundos expresados por los padres y adultos responsables (por ejemplo: de deserción escolar, embarazo adolescente, problemas con la justicia, etc; es importante señalar que el equipo del COSAM, es un equipo multidisciplinario, que cuenta además con el apoyo constante de todos los departamentos de la I. Municipalidad de La Pintana, con el fin de apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de los jóvenes y de sus familias, así como también para resolver de manera integral las problemáticas de los jóvenes asociadas al consumo dentro de las posibilidades con las que cuenta este municipio).

Este gráfico muestra que un 26.9% presenta expectativas que tienen que ver con que el joven deje el consumo de drogas, expresándolo por ejemplo en las

siguientes textualidades: *“que deje el consumo, que cambie las amistades que lo acompañan”, “que no se pierda”, “que deje de consumir, que no mienta mas”*; entre otros, son las opiniones básicas expresadas principalmente por la madre y/o el adulto responsable del joven.

Un 23.1% manifiesta entre sus deseos y expectativas que mejoren las relaciones familiares, por ejemplo: *“que sea normal, respetuosa, que sepa elegir sus amistades, que aprenda a decir que no, que sea responsable”, “que deje la rebeldía”, “que mejore su manera de ser, que ande peleando con todos”, “dejar de tener el ánimo tan cambiante”*. Las anteriores textualidades nos reflejan claramente algunas de las conductas que son propias de la adolescencia, como son ejemplo: la imagen de sí mismo inestable y negativa, impulsividad, negativismo, espíritu de contradicción, labilidad emocional (cambios bruscos de humor), omnipotencia, egocentrismo, sentimiento de soledad, entre otros.

De igual modo, un 23.1% expresa la necesidad de que su hijo no presente más conductas de riesgo: *“que cambie las amistades”, “que deje de ser promiscuo”, “que deje las conductas de riesgo”, “que termine el colegio”*, todas ellas reflejan claramente temores de los adultos responsables respecto al futuro de sus hijos.

Es necesario señalar que de un 26.9% de los jóvenes no se cuenta con mayor información respecto de este punto.

En síntesis, los profesionales del COSAM requieren considerar, a la hora de la adhesión al tratamiento las motivaciones con respecto a la rehabilitación del consumo pues ellas pueden ayudar al proceso de tratamiento que se inicia con estos jóvenes; a estas motivaciones se suman las características propias de los

adolescentes las cuales se pueden sintetizar de la siguiente manera: la mayoría de los adolescentes, minimizan la importancia de su consumo de sustancias, al igual que las conductas de riesgo que pueden estar asociadas al consumo; es necesario escuchar la demanda concreta de los jóvenes, entender sus deseos y focalizar sus intereses, la responsabilidad individual y el compromiso que adquieren con su cambio es fundamental para lograr una meta, no obstante, esta tarea puede durar poco, dada las características de inestabilidad emocional propias de la adolescencia. Por lo tanto es necesario que los equipos estén capacitados principalmente para desarrollar la tolerancia a la frustración que ellos presentan frecuentemente; el trabajo terapéutico consiste fundamentalmente en entregar un apoyo constante a los jóvenes, buscando estrategias para enfrentar las diversas problemáticas que se pueden presentar durante el proceso de rehabilitación que suele ser largo y complejo

Para finalizar el presente análisis es nuevamente necesario destacar la importancia vital que presenta para los jóvenes el reconocimiento que tiene para ellos las motivaciones que los determinan a realizar este cambio en sus vidas y para establecer este punto es necesario que el trabajador social acompañe este proceso, generando un espacio de cercanía tanto consigo mismo como con su familia y su comunidad; de allí el avance integral en su proceso de tratamiento.

CONCLUSIONES

La presente investigación, nos muestra el perfil de los jóvenes usuarios del COSAM de La Pintana, el valor de este documento destaca la importante relación que se debe forjar entre los jóvenes, sus familias y el centro de rehabilitación en el que se encuentran, no solo con el fin de obtener el mejoramiento sustancial del proceso de rehabilitación del consumo de drogas, sino también para comprender cuáles son las características de los jóvenes que se encuentran asistiendo al COSAM y el por qué de ellas . Para la investigadora es un aporte establecer los nexos que explican su situación para mostrar la situación de los jóvenes y sus familias, para poder generar una propuesta de intervención que no solo patologice a los individuos sino que también los entienda en su contexto familiar y social.

En nuestra nación más aun, cabe reconocer que en lo que a rehabilitación del consumo de drogas se refiere, en gran medida, se han utilizado conceptos adultizados y foráneos adoptados desde el exterior, y adaptados a la adolescencia chilena, aún cuando ésta, particularmente la popular, presenta sus propios códigos sociales y culturales de allí que si bien es tratamiento es individual haya que considerar las constantes que se presentan en estos jóvenes que son los que afloran en este estudio.

Una vez presentados los principales resultados de la investigación, se vuelve pertinente reflexionar sobre éstos para poder concluir. Es necesario señalar que como objetivo general de la investigación se encontraba realizar un perfil psico-socioeconómico y de motivación con el que cuentan los jóvenes para iniciar su proceso de rehabilitación de drogas en el Programa Ambulatorio del Cosam de La Pintana. Con el fin de optimizar la estructura de las conclusiones estas se dividirán de acuerdo a las dimensiones abordadas en el análisis.

En relación a las características psicológicas de los jóvenes

En relación a las drogas no es fácil analizar el comportamiento humano que lleva al abuso en el consumo de las drogas que es un fenómeno social, pero lo cierto es que existe una actitud personal que induce al consumo o al abuso de éstas. Hay que decir además que el uso de las drogas varía de un individuo a otro y de un momento a otro, en el caso de un mismo individuo. También varía según los grupos, culturas y generaciones. (CONACE, s/f)

VARIABLES COMO EL SEXO Y LA EDAD SON FACTORES RELEVANTES AL MOMENTO DE EVALUAR LOS POTENCIALES DAÑOS QUE LA INGESTA DE UNA SUSTANCIA TIENE EN EL INDIVIDUO. DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO, LA PERTENENCIA DEL INDIVIDUO EN TÉRMINOS SOCIOECONÓMICOS, ASÍ COMO SU SITUACIÓN DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN DE LAS INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, SON TAMBIÉN VARIABLES RELEVANTES AL MOMENTO DE CONSIDERAR EL IMPACTO QUE EL CONSUMO DE DROGAS PUEDE TENER SOBRE ÉL Y SU ENTORNO INMEDIATO. (NICHOLLS, E, 2003)

Según la Norma Técnica 85 del Ministerio de Salud, el patrón de consumo, el consumo perjudicial y la dependencia a sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas y el alcohol en el adolescente tiene particularidades que son necesarias de considerar:

- La adolescencia es la edad en la que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y dependencia a sustancias.
- Los adolescente poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias en forma simultánea, y se encuentra altamente influenciado por las conductas de quienes conforman su entorno padres, tutores.

- Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar hacia una rápida progresión a la dependencia.
- Las variables del contexto cercano (familia, comunidad, grupo de pares) y variables del compromiso biopsicosocial agravan las consecuencias y características del consumo en adolescentes.
- El síndrome a la dependencia a sustancias, posee características clínicas diferentes y específicas en este grupo etario, entre otras, los siguientes aspectos: el síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etario; la tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia, el abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol pueden no estar presente en los adolescentes dependientes.

Se puede afirmar, según lo analizado en el presente estudio que los adolescentes tienen problemas que no logran resolver de un modo socialmente aceptable, y que buscan la droga como una manera de solucionar un estado crítico por el que atraviesan. Esto se podría explicar a que la en la adolescencia es fundamental la búsqueda de la identidad, asociada según Erickson a la tarea de salir del núcleo familiar, logrando una diferenciación de los padres, lo que claramente impulsaría a los jóvenes a explorar y experimentar con lo que signifique un cambio o una diferencia con sus padres, buscando modelos alternativos de identificación. La droga ofrece ambos: cambios perceptuales y vivencias nuevas que son además aceptadas por los pares y rechazadas por los adultos. (Florenzano, R y Bobadilla, 1981). Sin embargo, en este pequeño grupo de estudio observamos que la mayoría de ellos tienen en su familia algún otro sujeto con problemas de adicción los que más bien sugeriría una reproducción del modelo familiar.

Frente a lo cual Stanton, señala que la conducta de alejarse o diferenciarse de los padres se ve reforzada por la desconfirmación presente en los sistemas familiares, ya que la conducta de abuso en el consumo de drogas sería predominantemente un fenómeno familiar, es decir, dependería en gran medida del tipo y calidad de las relaciones familiares. (Stanton; 1985)

La aparición del fenómeno de dependencia psicológica y en ocasiones física a una droga, está en directa relación con la data de consumo. Mientras mayor el periodo que una persona tenga consumiendo drogas, mayor es la posibilidad de presentar dependencia. Del mismo modo se relaciona con la posibilidad de que la familia haya desarrollado algún tipo de funcionamiento homeostático con la sustancia entre ellos. (Nicholls, E, 2003)

En cuanto a las características sociodemográficas de los jóvenes

El uso de cualquier droga siempre puede generar en el individuo un gran riesgo para la salud. El consumo de drogas presenta tres instancias que interactúan entre sí para generar dependencia o no dependencia. (Becerra, 1999)

a) Las características de personalidad del individuo, así como también, las composiciones personales del sujeto.

Respecto del 1° punto la personalidad de los sujetos de este estudio se pueden describir como una personalidad adictiva, lo que se manifiesta en los trastornos por consumo de sustancias, el cual se puede describir como “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos el cual se puede expresar en tres o más ítems:

tolerancia, abstinencia; otro punto importante es que la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía: la existencia de un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo: se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia: reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias; y por último se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen o exacerbados por el consumo de la sustancia. (DSM-IV-TR, first, Masson, 2001)

b) La característica de la droga y su forma de actuar sobre el organismo.

Se puede decir que lo arrojado en este estudio nos habla de que los jóvenes analizados son consumidores principalmente de marihuana y alcohol y de igual modo se caracterizan por ser policonsumidores de drogas; este punto da a conocer dos realidades: La 1º, que existe una abierta posibilidad de que los jóvenes accedan a diversas drogas, y lo segundo es que las consecuencias para el organismo son mayores: “no es lo mismo estar intoxicados de una cosa, que de dos o tres. El cerebro recibe órdenes contradictorias de éxtasis y relajación. Todo actúa sobre las neuronas, que son las que finalmente sufren más las consecuencias”. (Damin, 2013)

c) Las condiciones socioculturales y del entorno, que rodean al individuo, tales como la presión social hacia el consumo, la facilidad de adquisición de la droga, etc.

Es importante señalar que no existe ningún factor que por sí sólo sea determinante a la hora de explicar el consumo de una de estas sustancias. La dependencia viene determinada por la interrelación de múltiples factores que, como se mencionaron tienen que ver, con la personalidad del individuo y con su entorno más próximo (familia, escuela, grupo de amigos o de pares) y el tipo de drogas que se consumen.

El papel que juega la familia, en este aspecto, es que ella proporcionara atención y cuidados amorosos para poder desarrollarse adecuadamente, para formar y fortalecer su propio Yo. es sabido que en la medida en que ha recibido mejor calidad de amor, respeto por él mismo y un buen concepto de límites entre uno y otro, se van desarrollando las raíces de una conducta madura. Las relaciones afectivas que se dan en la familia son muy importantes para el equilibrio emocional de sus miembros y también en ella se produce el proceso de socialización básica. Ambos aspectos son esenciales en la configuración de la personalidad y la conducta de los niños y los jóvenes. Por ello, se observa que en las familias inestables o con cierto grado de conflictividad se dan, en mayor proporción que en las demás, los comportamientos llamados “disfuncionales”. (Becerra, 1999) tales como podemos apreciar en los sujetos de este estudio. La familia de estos niños son pobres y carenciadas materialmente pero además presentan problemas de estructura dinámica, principalmente en la solidez y flexibilidad de los límites, con conflictos importantes a nivel comunicacional y del rol paterno, así como también de jerarquías dentro de la familia.

Cuando la familia no logra crear el clima adecuado de seguridad y confianza en la etapa de dependencia de la niñez, la droga puede llegar a sustituir lo que “no se dio” o que fue claramente inadecuado, por lo tanto, la función de la droga sería la misma: brindar, seguridad y confianza. Si además de este “vacío” o “abandono”, existen situaciones conflictivas y duras en el seno de la familia, se internaliza la división, la disociación, la negación y el encubrimiento, como modalidad de conducta. La función existencial de la droga es aquí importante porque viene a llenar un vacío haciendo superar la inhibición y logrando un camino a la comunicación principalmente con su grupo de pares. (Becerra, 1999)

El adolescente en esta situación, encuentra en la droga el medio para protestar, haciendo lo contrario o bien reproduciendo estas conductas aunque lo revelen.

El diálogo y la comunicación entre padres e hijos son importantes, puesto que una buena integración familiar, favorece el buen desarrollo de los hijos. Por esto hay que tener claro que el distanciamiento generacional entre los miembros de la familia no debe ser motivo para la no comprensión de sus miembros en este sentido se puede decir que el problema más que generacional es relacional. (Conace, S/F)

Otras veces a través de diversos hábitos y actitudes la familia se encarga de mostrar al adolescente una serie de actitudes adictivas que tienen que ver con el uso de sustancias (tabaco, medicamentos, alcohol). Con estas conductas están proporcionando un mensaje de cómo enfrentar los acontecimientos de la vida, que unido a otros contextos puede generar la futura adicción, en síntesis los padres abusan, aunque enseñan que esto no se debe hacer. Por otra parte sería injusto cargar sobre la familia todo el peso de la responsabilidad con respecto a la

drogadicción de los hijos. Lo efectivo es que la familia está inmersa en la sociedad. (Conace, S/F)

Algunas características de nuestra sociedad plantean a los individuos tantos problemas, sobre todo la falta de perspectivas educativas, laborales, profesionales, familiares y de consumo, que es fácil ir hacia la droga o relacionarse con ella como una vía de escape o revelarse contra el mundo adulto que se le presenta agresivo. (Conace, S/F)

Así, la falta de trabajo, los efectos de la inactividad en los jóvenes, abandono de estudios, socialización callejera, mal uso del tiempo libre en un medio como el del barrio que en la mayoría de los casos son condiciones propicias para caer en conductas de riesgo y son, quizá, principales causas sociales de la expansión del consumo y adicción a las drogas. (Conace, S/F)

Para mi es fundamental revelar que el sistema en que vivimos se encuentra más pendiente del aumento de la producción y del consumo, que de la humanización de la sociedad. Esto se convierte en el decaimiento de los valores, el vacío espiritual de los sujetos, la inestabilidad psicológica ante la vida, la crisis económica, y por sobre todo la desintegración familiar. Por lo tanto, la falta de sentido de la vida carga de significación a la droga. Finalmente el consumo de drogas que en principio puede ser una forma de protesta inconsciente (Becerra, 1999) hacia su medio social o su familia, se convierte, generalmente en los jóvenes, en un medio de “evasión”, que carece de mística, ni de revolución. Concluyentemente, la droga no puede considerarse como un fenómeno aislado inmutable por sí mismo, sino como parte de una realidad mucho más profunda y compleja que no se resolverá por el mero hecho de que las drogas se persigan, se controlen y eventualmente, desaparezcan.

De acuerdo a las motivaciones y expectativas de los jóvenes

Primero que todo quisiera señalar que los motivos psicológicos no están necesariamente relacionados con la supervivencia del individuo, son “necesidades” en el sentido de que la felicidad del individuo y su bienestar dependen de estos motivos, y estos varían según la experiencia que tengan los individuos. El ser humano es un ser intrínsecamente social y, si se nos presenta la oportunidad, preferimos sin lugar a dudas estar cerca de otros individuos, en la adolescencia, como se ha señalado anteriormente, es cuando donde los jóvenes fortalecen con mayor intensidad la relación con sus pares, y se alejan de los adultos es parte del proceso normal de individualización de los sujetos. (Lahey, 1999)

La relación con los pares y amigos hace que los diversos intereses de los jóvenes se equiparen entre sí, dando como resultado que los jóvenes que quedan excluidos busquen en obtener los mismo logros de los amigos, los jóvenes que son excluidos del grupo de pares por diferenciarse de los demás buscan el reconocimiento de sus pares. En el caso de los jóvenes de este estudio, todos con problemas de adicción los empuja a aceptar el ingreso a un centro de rehabilitación como es el COSAM. Así estos jóvenes, a partir de motivaciones externas, aceptan parecerse más al resto de jóvenes e intentan superar su adicción, ingresando a instancias tales como los centros de tratamiento. (Lahey, 1999)

Según el Ministerio de Salud, 2006 respecto a la motivación de los jóvenes destaco lo siguiente:

Intereses y motivaciones en un sentido amplio (motivaciones de conocimiento, de esparcimiento, deportivas, artísticas, que potencien la motivación a la vida más allá del consumo).

- En cuanto a la motivación al tratamiento: evaluación de los estadios del cambio (modelos de Prochaska y Di Clemente) que aportan en este ámbito con los estadios o fases de motivación al cambio (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantención) que se han desarrollado en tratamiento con adultos. Sin embargo hay que considerar que estas etapas pudieran presentar dificultades al momento de aplicarse en adolescentes, debido a que las habilidades cognitivas y afectivas necesarias para la consolidación de estos estadios, se encuentran en pleno desarrollo en la adolescencia. Además, la motivación estará teñida también por otras variables que no son individuales sino que propias del contexto de vulnerabilidad social en el que se encuentra el niño/a o adolescente que dificultan aun más un proceso de motivación puesto que la droga es utilizada muchas veces como una estrategia de sobrevivencia más. Por lo tanto, la mirada desde el modelo de los estadios de motivación al cambio deberá adaptarse al enfoque de la adolescencia en vulnerabilidad social, y a las características propias del sujeto en su contexto.

Con respecto al consumo de drogas se da claramente lo que explica teóricamente Richard Solomon (Del proceso oponente de la motivación) es el sentido que cualquier sentimiento o acción que se experimenta muchas veces de forma sucesiva pierde parte de su intensidad. (Lahey, 1999)

En el caso del presente estudio se da que los jóvenes al experimentar los primeros placeres de la droga detienen la sensación negativa de echarla de

menos y en los mayores casos de necesitarla o más bien dicho la necesidad de consumir se hace más intensa. (Lahey, 1999)

Es importante destacar que en cuanto al abuso de drogas y alcohol más que en otro tipo de problemas es fundamental una evaluación de la motivación de los sujetos al momento de la consulta. ¿Quién pide la hora, quién asiste a la primera consulta, cómo se decidió la consulta, son preguntas sobre las cuales es conveniente indagar en los inicio de la atención. Ello porque no es poco común la solicitud de hora de parte de algún miembro de la familia que quiere presionar al consumidor. Si se trata de un adolescente pueden ser los padres los verdaderos interesados en que el joven consulte. Claramente la motivación al realizar un tratamiento es distinto si la persona concurre por iniciativa propia que si asiste cumpliendo con una tarea, o bajo presión. (Nicholls, 2003)

Los jóvenes que ingresan a tratamiento señalan que su primera motivación es dejar de consumir, sin embargo, esta se ve mermada ya que a pesar de que los jóvenes se percatan de los efectos negativos que produce en su vida la droga, lo que verdaderamente les angustia es dejar de consumir, de distanciarse de la droga y sentir que los síntomas negativos son demasiado difíciles de superar significa también, muy probablemente, cambiar de grupos de pares, es decir, reconfigurar de algún modo, lo que ha hecho, conoce y se siente seguro. (Lahey, 1999)

Es importante destacar por último, que el Programa Ambulatorio Básico del COSAM y tal como se señaló en el marco teórico, presenta dentro de sus modelos teóricos de tratamiento el modelo de Prochaska y Diclemente, el cual nos permite conocer en qué etapa del proceso se encuentra el joven, y con ello se va evaluando claramente cuáles son sus motivaciones y cómo su conducta sostiene el cambio que se requiere para dejar el consumo de drogas. La motivación es

importante de considerar y estimular en la medida que es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, aun cuando puede fluctuar de un momento a otro, de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores (Miller y Rollnick 1999) Las distintas fases que nos muestra el modelo nos permite saber qué área reforzar en las diferentes etapas del proceso de tratamiento, considerando que este modelo considera en sus principios la motivación que presentan los usuarios para realizar un cambio en sus vidas, de acuerdo a sus capacidades, contexto familiar, mecanismos de defensa, etc.

En relación a la Familia

La familia es el primer grupo donde el ser humano adquiere conocimientos, creencias, valores y conductas que le permiten, posteriormente, insertarse en la escuela y en la sociedad, por lo que constituye el principal agente socializador de conductas relacionadas con un estilo de vida en particular. (CONACE, S/F)

Sin embargo, la familia actual enfrenta dificultades que le impiden asumir adecuadamente el rol que les corresponde, ya que ésta inmersa en una sociedad que se encuentra en una situación de crisis que muchos autores incluso han denominado de crisis civilizatoria. La sociedad actual otorgan nuevas oportunidades, pero también presentan nuevas exigencias y desafíos, como por ejemplo en el caso del presente estudio las familias se ven enfrentadas a la etapa de adaptación y crisis que representa la adolescencia, la cual está acompañada de la rebeldía de los hijos, el conflicto con el poder y autoridad, lo que provoca inestabilidad en el sistema familia. En relación a este nuevo paradigma, la familia, experimenta una sensación de vacío frente a las exigencias que genera estos cambios, lo cual les produce profundos sentimientos de angustia, ansiedad, e

inestabilidad por la incertidumbre frente al futuro, personal y familiar, así como también social. (CONACE, 2006)

Daniza Pérez (2006) opina que nuestros desafíos profesionales con las familias es fundamental comprender la problemática sociocultural y valórica la cual gira fundamentalmente alrededor de un núcleo familiar cuyas características generales han cambiado, por razones tales como:

- Ruptura de las relaciones de pareja: Si bien en el presente estudio no se investigó respecto a la duración de las relaciones de pareja de los padres de los jóvenes investigados, el análisis deja constancia de que existe una clara tendencia a que la madre asuma ambos roles, ya que es ella en un alto porcentaje la jefa de hogar; siendo la familia monoparental la que presenta mayor presencia dentro del estudio.
- Deficiencia de la comunicación intrafamiliar: Respecto a este punto es importante destacar que el proceso comunicativo ocupa un lugar central en la funcionalidad del sistema familiar, y es al mismo tiempo, el eje central de las soluciones y conflictos que se puedan establecer dentro de su seno, en cuanto al presente estudio se puede inferir que la comunicación de los jóvenes con sus familias es más bien difusa o escasa ya que la mayoría de ellos presenta una alta socialización callejera lo que da a suponer que gran parte de su tiempo libre lo emplea con su grupo de pares y lo que los caracteriza aún más a este grupo, es que presentan características ya mencionadas en los factores de riesgo.
- Incorporación de la mujer al mercado productivo debilidad y desorientación en la autoridad paterna y materna: En cuanto a este punto es importante destacar que según la encuesta de ocupación del gran Santiago, elaborado

por la Universidad de Chile, durante el año 2012, la cual demostró que la participación laboral femenina alcanzó una cifra que superó por primera vez en la historia de nuestro país la barrera del 50% en relación al presente estudio se puede destacar que se si considera a las mujeres (madres) que se encuentran trabajando de manera independiente, dependiente y las que actualmente se encuentran cesantes nos da un porcentaje de 53.2%, lo que nos da a suponer cuales son las limitaciones de esta incorporación como son los propios roles que se le asignan culturalmente y históricamente. En especial tratándose de las tareas del hogar. Es importante señalar que si bien existen desventajas en cuanto a que las madres trabajan como por ejemplo la carencia de control respecto a los deberes y tiempo de los hijos sobrecarga del trabajo domestico, entre otros. El que las mujeres se incorporen al mercado laboral por otra parte presenta múltiples beneficios, ya que es una de las formas más efectivas de combatir la pobreza, así como también la exclusión social, especialmente si las mujeres son de escasos recursos, su incorporación al trabajo repercute en sus familias principalmente en el ingreso familiar y en el aumento de la calidad de la vida familiar.

Hallazgos de la investigación

Dentro de los principales hallazgos que se han encontrado en el presente estudio se puede señalar lo siguiente; existe claramente dentro de los jóvenes que asisten al COSAM dos grupos que poseen distintas características, por una parte desde el punto de vista académico se encuentran los que asiste a clases de manera regular y por otro lado los que son desertores del sistema escolar hace más de dos años.

Del mismo modo existen jóvenes que siendo menores de edad ya se encuentran con problemas con la justicia asociados principalmente al consumo de drogas y a la socialización callejera, y por otra parte están los que a pesar del consumo, se encuentran asistiendo a la iglesia y a grupos comunitarios asociados al buen uso del tiempo libre.

En relación al equipo de tratamiento, se puede señalar que existe un débil nivel de registro y que queda en evidencia al momento de realizar la evaluación de las fichas de los usuarios, los cuales y como se dio a conocer en el análisis de datos, no existe en el total de usuarios, una aplicación correcta de la ficha social y de visita domiciliarias, que en algunos casos, estrictamente no existe, así como también, del informe de evaluación psicológica y psiquiátrica, entre otros, que son de suma importancia para poder evaluar los logros del proceso de tratamiento.

Del mismo modo, debo destacar que existe una gran rotación en el equipo de tratamiento, lo cual se presume que se debe a las pocas horas laborales que posee el equipo técnico (22 hrs.), lo que finalmente, incentiva a los profesionales a buscar nuevas alternativas laborales, que impliquen una mejora sustancial en su

calidad de vida y en sus consideraciones laborales, se hace necesario señalar que los trabajadores del COSAM no cuentan con contrato laboral trabajan a honorarios, buscando principalmente el cumplimiento de metas a plazo fijo.

En cuanto a los jóvenes usuarios del COSAM, se puede destacar que si bien el universo de beneficiarios que se encuentran en tratamiento varía entre 20 a 26 usuarios estos en su alto porcentaje no finalizan su proceso de rehabilitación, en la actualidad (Agosto del 2013) se encuentran en proceso de acompañamiento 20 jóvenes, y en seguimiento solamente 4 beneficiarios lo que equivale al 16% aproximadamente, esta cifra nos señala las dificultades que se dan en el Programa Ambulatorio Básico del COSAM de la Pintana que enumeradas, podríamos señalar las siguientes:

- Rotación en el equipo, por la falta de oportunidades laborales.
- Jóvenes no llevan a término su proceso de tratamiento, lo cual se puede suponer por la carencia de vínculos con el equipo profesional que puede ser explicado por el punto anterior.
- La falta de horas profesionales (media jornada) que genera dificultades en las múltiples labores a realizar como son: evaluación psicológica, evaluación psiquiátrica, evaluación socio-económica, visita domiciliaria, elaboración del plan de intervención individual, evaluación semanal de plan de intervención individual, reuniones clínicas, reuniones y trabajo en red, asistencia individual, atención familiar, derivaciones, talleres grupales, talleres psicoeducativos, entre otros. Lo que finalmente dificulta la entrega de un producto nutritivo emocionalmente para los jóvenes y sus familias, que incide en su proceso de tratamiento principalmente en su motivación en finalizar esta importante etapa de su vida.

Aportes al Trabajo Social

Desde el plano teórico

Es a partir de esta comprensión, que los equipos profesionales, para superar las dificultades presentes en la sociedad actual es necesario que apoyen a las familias, mejorando y/o reforzando (CONACE, 2006) el:

- Proyecto de vida propio.
- Habilidades para mediar conflictos al interior de la familia.
- Capacidad para generar condiciones protectoras del consumo de alcohol drogas.
- Discernimiento frente a qué hacer y qué no hacer.
- Respeto a las diferencias
- Promoción de la justicia y la equidad.
- Reconocer que todos los miembros tienen poder.
- Reconocer que existe un cambio de roles en la familia.
- Reconocer que todos los miembros son interlocutores validos.

Para lograr resultados en el ámbito familiar es necesario señalar que independiente del tipo de familia con la cual se trabaje en el ámbito terapéutico, siempre se debe insistir en la necesidad de contar con ella, como primera instancia socializadora, que desarrolla las habilidades sociales y como también el satisfactor de necesidades emocionales básicas (como por ejemplo: Afecto, identidad, entre otras), por lo tanto en el ámbito de la drogadicción, puede establecerse que la familia juega un rol fundamental tanto en el origen como en su mantención y superación. (Fuentes, S/F)

Es necesario recalcar que el trabajo familiar que establece cada programa debe ser permanente y de cara al proceso de tratamiento mismo, considerando la población objetivo que son los niños, niñas y jóvenes que se encuentran en situaciones de vida especialmente vulnerables. Es importante que el equipo tratante esté preparado para el rechazo que inicialmente presentan los jóvenes a que su familia sea partícipe del proceso, ya sea porque se encuentran desde hace bastante tiempo separados tanto física como emocionalmente o por el mismo rechazo que la familia puede sentir en relación a la situación del joven, la Asistente Social Nancy Fuentes lo señala de la siguiente manera:

Hay que generar un esfuerzo enorme y creativo para que la familia sea partícipe del tratamiento, para lo anterior se debería priorizar del siguiente modo:

- Los progenitores del joven. Con el detalle de trabajar con cada uno de ellos de forma separada con el fin de evitar conflictos y confrontaciones que sean negativas para el proceso de tratamiento.
- Todo integrante que sea significativamente afectivo para el joven.
- Otras personas, no familiares, pero que son significativas para el joven y que presenten lazos afectivos con este.
- CONACE, 2006, le agrega a este ítem el sensibilizar a los padres respecto de las dificultades, carencia y vacíos que experimentan los hijos. Del mismo modo señala que es necesario que los padres se atrevan a educar en valores, y esto invita a retomar valores que no están muy de moda, valores que tienen que competir con los valores reinantes de la postmodernidad: como son la competencia e individualismo. Por lo tanto la apuesta no es instruir y capacitar hacia lo que deben hacer, sino más bien sensibilizar a los padres respecto a las necesidades de los hijos, de manera que los cambios de actitud ocurran por iniciativa de ellos mismos como padres, y no desde personas que sienten ajenas a su vida.

Arnold Washton, señala de acuerdo a su experiencia terapéutica que los objetivos del trabajo con familia de jóvenes consumidores de drogas deberían ser los siguientes:

- Determinar exactamente lo que saben sobre el problema de consumo y dependencia de su familiar y obtener cualquier información adicional que corrobore o niegue la historia contada por éste.
- Evaluar y explorar en cada miembro de la familia, y en el sistema familiar completo, cómo y hasta qué punto han sido afectados por el problema de la drogodependencia.
- Ofrecer una oportunidad de identificar y expresar sentimientos como de irritación, de frustración, de hostilidad, resentimientos, miedos y otros. Ya que de no darse un espacio en este sentido, pueden influir negativamente en el proceso de cambio del drogodependiente y de su familia.
- Evaluar el alcance de las conductas permisivas y problemas de codependencia, incluyendo el espectro completo de las consecuencias para el drogodependiente que significan este tipo de relaciones.
- Presentar a la familia una estrategia básica o un plan de tratamiento para resolver estos problemas, incluyendo una educación preliminar de lo que es la conducta permisiva y subrayando la importancia de integrarse a las actividades solicitadas por el Programa y formar parte de un grupo de encuentro y/o apoyo familiar.
- Establecer una suspensión inicial de la permisividad o de conductas permisivas, mediante pasos, graduales, que les permitan reconocer sus propias conductas permisivas, permitiéndoles sentirse más seguros de sí mismos.
- Educación básica sobre la dependencia a drogas tanto a nivel individual como familiar: es necesario educar sobre las dinámicas familiares de la adicción, con el fin de que se centren en la forma en que responden al problema del drogodependiente y como terminan ajustando su propia conducta, con la cual perpetúan el problema. Es necesario recalcar que es

esencial mantener la atención en la conducta presente más que en la pasada y evitar innecesariamente el aumento de culpa.

- Prevención de recaídas en la conducta permisiva, es decir, la tendencia o atracción de los miembros de la familia a la tolerancia y a otras conductas codependientes tanto si el drogodependiente recae, así como si también continúa absteniéndose.

CONACE, 2006, del mismo modo nos señala que para mayor efectividad en las intervenciones con las familias se tiene que pasar de actividades aisladas a procesos continuos y sistemáticos en el tiempo; avanzar de procesos más informativos a formativos; asegurar permanencia de la familia con actividades atractivas y motivadoras, motivándolos a participar desde el inicio del tratamiento.

Del mismo modo que Arnold Washton CONACE 2006 señala que los objetivos de la intervención familiar para los equipos tratantes son los siguientes:

- Favorecer la autonomía de los hijos, evitando la sobre protección, favoreciendo la toma de decisiones y el criterio independiente.
- Proporcionar pautas para el seguimiento y control equilibrado y efectivo del comportamiento del sujeto.
- Promover negociaciones y respeto de necesidades de cada miembro: límites y normas claras.
- Proporcionar pautas para seguimientos, motivación y apoyo en los estudios.
- Promover el contacto con recursos comunitarios de capacitación y formación de ocio saludable y tiempo libre.
- Analizar el modelo cultural de ocio nocturno consumista. Dar pautas para el manejo de salidas: seguimiento, control y normas.
- Reflexionar en torno al uso de tiempo de ocio o de tiempo en calle como espacio de aprendizaje social y desarrollo personal.

- Del mismo señala que en relación a una intervención específica en drogas es necesario motivar al involucramiento de la familia en el tratamiento; apoyo a la desintoxicación y tratamiento tanto ambulatorio como residencial; entregar información y manejo de recaídas; conocimientos básicos de educación para la salud y estilo de vida saludable; desarrollar habilidades de competencia social: escucha activa, críticas y la resolución de problemas; intervención en crisis familiares; intervención terapéutica especializada en familia con psicopatología grave, VIF, maltrato y abuso sexual.

Por lo tanto, según Washton, la evaluación inicial debe cubrir las siguientes temáticas:

- Conocimiento del pasado y presente del consumo de drogas y de los posibles tratamientos a seguir.
- Opinión actual respecto de la gravedad y las causas de los problemas del drogodependiente.
- Intentos efectuados hasta el momento para ayudarlo, evaluados junto con una larga lista de conductas permisivas posibles.
- Relación de cómo su propio historial, pasado y presente, con un posible consumo de drogas o alcohol, con trastornos psicológicos y con eventuales tratamiento de esos problemas.
- Delimitación del grado de optimismo o pesimismo sobre las posibilidades de recuperación de su familiar dependiente y de cómo puede reaccionar si se produce una recaída.

Es importante recalcar que para un buen proceso de tratamiento deben existir prácticas facilitadoras del cambio y que estas deben estar estrechamente ligadas

a aprender a mirar a los recursos en la familia CONACE 2006, para esto es necesario:

1. Incorporar a la familia desde el inicio. Comunicar la necesidad y ventajas de que la familia participe. Incorporarla en el proceso de decisión del plan de intervención integral.
2. Intercambiar información y evaluar a la familia. Escuchar, observar y relacionarse con la familia. Preguntar por la composición de la familia. Confeccionar diagramas los más amplios posibles que incorporen los vínculos más significativos. Indagar como definen las familias sus problemas, y también cuestionar y ampliar lo que dan por sentado.
3. Valorar las virtudes de la familia.
4. Redefinir o reencuadrar los supuestos que perpetúan conductas problemáticas y reconocer elementos de identidad y pertenencia familiar.
5. Exploración de pautas alternativas de interacción.
6. Habilidad para reconocer historias y habilidades de la familia. Devolver identidad a la familia.
7. Tolerancia y disposición a trabajar en las crisis y conflictos.
8. Búsqueda de la familia extensa.
9. Restablecer la posibilidad de que ambos miembros puedan ejercer sus funciones parentales.
10. Favorecer que la familia puedan revincularse (favorecer la conexión).

Como trabajadora de dos Fundaciones importantes en el área de tratamiento del consumo de drogas, como fue la Fundación Credho y actualmente Fundación Paréntesis y en base a mi experiencia profesional me gustaría señalar dos puntos importantes respecto al trabajo con familias de jóvenes drogodependiente:

Primero que es fundamental que se trabaje en díada: terapeuta-familia y segundo que es fundamental cumplir normas básicas como por ejemplo:

- Control de amistades negativas
- Normas respecto del manejo del dinero, considerando que si existe dinero es sumamente sencillo conseguir drogas.
- Que el adolescente cumpla con las normas y con las tareas del hogar.
- Que el adulto responsable del proceso no oculte actitudes de los jóvenes que pueden llevar a un equívoco proceso de tratamiento.
- Que el adulto responsable se comprometa con el Programa y asista a las instancias que sea requerido por éste.
- Que el adulto responsable muestre firmeza frente a las condiciones y/o manipulaciones que el drogodependiente le imponga.
- Y por ultimo ahuyentar actitudes como la de compadecerse o de deprimirse ante la situación en la que se vive, esto incluye sentirse culpable y responsable por lo sucedido, lo que se busca con ello es una actitud positiva frente al tratamiento y sus complejidades.

Desde el plano más operativo

Cuando se trata de un individuo consumidor de drogas, estoy señalando a una persona que ha encaminado su vida hacia la droga, y que por lo tanto, ha dejado de interesarse de todo lo demás o que en el peor de los casos su conducta se ha vuelto mecanizada.

En mi opinión cuando un individuo se encuentra comprometido con la droga para lograr una real abstinencia desde el punto de vista físico debe al menos estar sin

el estupefaciente por unos 15 días, para mejorar su estado físico, este debe estar apoyado igualmente con ejercicio físico y una buena alimentación, para lograr este objetivo es necesario contar con el apoyo de la familia, sobre todo en los adolescente, es necesario que estas se comprometan con el tratamiento, llevando a cabo todas las sugerencias realizadas por el equipo a cargo del caso, en casos como el del presente estudio sugeriría que el adulto responsable y los padres de los jóvenes firmaran un compromiso, en el cual se señalara claramente cuáles son las condiciones del programa y qué espera el centro de la labor de ellos dentro del mismo, las visitas domiciliarias son fundamentales para conocer la realidad familiar y social de los jóvenes, y nos permite otorgar tareas sencillas de realizar para que sean un aporte al núcleo familiar, facilitando la implementación de los límites y normas al interior de la familia; y por otra parte, que los jóvenes sean un aporte al mejoramiento de la vivienda (por ejemplo: el horario de levantada y acostada, aseo, reparaciones en general, entre otros.)

Es fundamental para que el proceso de tratamiento sea efectivo que la trabajadora social utilice las redes de apoyo para buscar actividades que sean de interés de los jóvenes para combatir la apatía y el desinterés y el aburrimiento que los jóvenes usualmente dicen tener.

Es importante que el acompañamiento del trabajador social esté a la altura de otorgar los medios necesarios para fortalecer la confianza, la seguridad en sí mismo, así como la responsabilidad en relación a su persona y con su familia, con sus pares y con la comunidad en general, trabajando la empatía, el amor al prójimo, etc.)

Es necesario que semanalmente el trabajador social supervise, oriente y evalúe los avances y retrocesos de los jóvenes con sus familias, en relación a mi

experiencia personal puedo sugerir los talleres de familia los cuales son grupos de autoayuda dirigidos por un profesional en este caso trabajador social el cual cumple el rol de guía frente a las diversas discusiones que se dan al interior del grupo y que tienen estrecha relación con lo que sucede semanalmente en la vida de los jóvenes.

Es importante a mi modo de ver y considerar que para trabajar en esta problemática el profesional y el programa deben ser flexibles, así como también, considerar y adaptarse a las características de cada usuario, considerando la etapa etaria en la que se encuentra, así como también, las características de su familia y de su entorno.

Es fundamental que el equipo de trabajo se ponga de acuerdo respecto de las limitaciones del tratamiento que pueden efectuar en relación a cada caso y del compromiso biopsicosocial que posee cada joven respecto de las drogas, es fundamental evaluar si el equipo tratante está en condiciones de realizar el tratamiento o es necesario su derivación considerando lo anteriormente señalado.

Por otra parte es necesario que cada miembro del equipo, así como también, el equipo en su conjunto señalen claramente los límites que pondrán a los usuarios, esto es fundamental ya que los usuarios normalmente carecen de límites o se han criado en familia en las cuales los límites no se han incorporado a la crianza de los hijos.

Desde un punto de vista ético

El trato digno a los jóvenes es un punto fundamental para lograr la necesaria rehabilitación, el trato amable y sin prejuicios, que se base en el afecto y no en la intelectualidad con la conciencia de que estos jóvenes en particular se encuentran lastimados en su nicho interno y poseer la conciencia de que estos jóvenes se encuentran en variadas ocasiones siendo discriminados por la sociedad generando constantemente mayores daños a nivel individual.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman Nathan. W., (1978) "The Family as a Social and Emotional Unit". Portland, Connecticut; Elmcrest Psychiatric Institute.
- Andrade, Sally; Shedlin, Michele; Bonilla, Elssy, (1987) Métodos cualitativos para la evaluación de programas", The pathfinder Fund, Impreso en los EEUU.
- Arbex Carmen, (2002) Guía de Intervención de Menores y Consumo de Drogas, ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales), Madrid.
- Barnetche, M., (1990) Quiero ser libre, De la codependencia a la coparticipación positiva. Editorial Patria S.A. México.
- Beatti, M., (1987) Codependent no More. Hazelden Foundation. Harper and Row Publishers Inc.
- Bertalanffy, Ludwing, Von., (1979) Perspectivas en la Teoría General de Sistemas. Madrid, Ed. Alianza.

- Bertalanffy, Ludwing, Von (1988) Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones; Fondo de Cultura Económica. México. Buenos Aires.
- Bertioglio, Oscar J., (1992) Introducción a la Teoría General de Sistemas. 7° Edición; Editorial Limusa. México.
- Berwart y Zegers, (1980) Psicología del Escolar, Colección Teleduc, Editorial Nueva Universidad, Santiago, Chile.
- Bleechman, (1984) "Beahavior modification with women", Nueva York, Guilford Press.
- Boetsch, Teresa, Grez, Cecilia. Septiembre – Octubre, (2008) La voz de la familia módulo III, Curso teorías y prácticas sistémicas en el trabajo con familias vulnerables: "Una reflexión contextual relacional de la intervención"
- Bradshaw, J., (1988) The Family. Deerfield Beach, Florida. Health communications, Inc.
- Caballo Vicente. E., (2000) Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Editorial Siglo Veintiuno.

Caparrós, N.(1977)	La Crisis de la Familia. Madrid. Editorial Fundamentos
Cirillo Stefano, Berrini Roberto, Cambiaso Gianni, Mazza Roberto, (1999)	La Familia del Toxicodependiente, Ed. Paidos.
Carmona Polden, Lorena; Núñez Toledo, Jael; Orozco Rugama, Aracely; Sánchez Mora, Clinton,(2011)	Diagnóstico Comunal sobre la problemática de drogas, comuna de La Pintana.
CONACE, S/F.	Drogas, Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes, Santiago.
CONACE, S/F.	Niños, niñas y adolescentes: Tratamiento de Drogas Guía de asesoría clínica para programas Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, Consejo Nacional para el Control De Estupefacientes. Ministerio del Interior.
(CONACE), S/F fecha.	Trabajar con calidad de vida, Política de Prevención del Consumo de Drogas en el Mundo Laboral, Consejo Nacional Para el Control de Estupefaciente
CONACE- PREVIENE, S/F	Por un Chile Solidario y sin drogas

- CONACE (2004). Prevenir en Familia, Programa de Prevención del consumo de Drogas para las Familias, Manual para el Monitor.
- CONACE, 2004. “Prevenir en Familia”, Programa de Prevención del Consumo de Drogas para la Familia, Manual para el Monitor.
- CONACE, (2004) Abriendo Puertas, programa para la integración Socio ocupacional de personas drogodependientes, Santiago de Chile.
- CONACE, (2008) De tratamiento y rehabilitación en drogas para población infanto-adolescente y sus Especificidades. Gobierno de Chile .Santiago, Chile
- CONACE, 2008. Área técnica de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infanto adolescente y sus especificidades, Niños niñas y adolescentes- tratamiento de drogas: Guía clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infanto adolescente y sus especificidades

- Consejo de la Unión Europea; parlamento Europeo Diciembre del (2006). “Recomendación del parlamento Europeo y del Consejo de 18 de Diciembre del 2006, sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente”. Diario oficial de la Unión Europea.
- Carlos Damín, (2013) Cátedra de Toxicología de la Universidad de Buenos Aires, Diario: Minuto Neuquén jueves 22 de Agosto del 2013, Argentina.
- Dankhe, G.L.(1976). Investigación y Comunicación, en C. Fernández – Collado y G.L Dankhe (Eds): “La comunicación humana: ciencia social”. México, D.F: McGraw-Hill de México. Capítulo 13, pp. 385-454
- Erickson y Florenzano, R y Bobadilla, E (1981) El Adolescente en Chile: características y problemas Ed. Universidad Católica.
- First Michael B.,(2001) DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Ed. Masson.
- Friel,J & Friel, J. (1988) Adult Children, The secrets of Dysfunctional Families. Deerfield Beach, Florida. Health Communications, Inc.

- Flores Rodrigo, (2006). Métodos cualitativos para la indagación social: relevando esquemas de distinciones, Revista de Trabajo Social, PUC, Chile.
- Fuentes, Nancy. S/F. “Consideraciones en el trabajo familiar por dependencia a drogas”, Fundación Credho.
- García-Monge, José. (1994). Revista trimestral de la Asociación Proyecto Hombre, N° 11, Septiembre.
- Giraldo de I. Aurora y Duque, Alberto., (1990). Teoría General de Sistemas. En: La Teoría de sistemas aplicados al diseño de un curso. p 45-46. Documento Seminario Taller. Medellín: Universidad de Antioquia.
- González Aristegui; Daniela, (2008) Tesis, Ser padre adolescente: significados y vivencias, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago.
- Gonzales Gallegos, Juan Max. (2007). “La familia como sistema”, Revista Paceaña de Medicina Familiar. pag 111-114.
- Gurovich W. Alberto., (1989). Una ciudad interminable La Pintana, Revista de Urbanismo, Universidad de Chile

- Henríquez María; Luengo María Ximena, S/F. Unidad de Adolescencia Hospital Roberto del Río, Exposición sobre la Adolescencia.
- Rosa Hermosilla H., (2007). Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Educación Para La Salud, Apunte para clase, "Diploma de Enfermería en Salud Mental Comunitaria".
- Hernández S. Roberto, Fernandez-Coyado Carlos, Baptista. Lucio Pilar (2006) Metodología de la investigación 4° Edición McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. (1995). Metodología de la investigación. Editorial Mc. Graw-Hill, edición reservada. México.
- Huneus Susanne, Reyes Rodrigo, S/F. "Codependencia y sus implicancias en familias con hijos farmacodependientes", tesis para optar al título de psicólogo, Universidad Central.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), (2006) Fecundidad en Chile, situación Reciente, Gobierno de Chile.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2010) La Familia Chilena en el Tiempo, Gobierno de Chile.
- Krauskopf, Dina; Arias, José Antonio. (2000) Psiquiatría del niño y del adolescente, Editorial Mediterraneo, Segunda Edición, Compiladores Hernán Montenegro y Humberto Guajardo.
- Kellogg, W.K. Fundación, (1996) “Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud”, Manual de Aplicación de Instrumentos, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Programa de Salud Integral del Adolescente, Coordinación Familia y Población, División de promoción y Protección de la Salud, Washington, D.C., EUA, Segunda Reimpresión.
- Linehan, M. M, S/F “Interpersonal effectiveness in assertive situations”, en E. A.
- Miller y Rollnick, Compiladores, (1999) La Entrevista Motivacional, Editorial Paidós.
- Ministerio de Salud, (1996) Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas, Área Prioritaria Beber Problema y Consumo Indebido de Drogas,

	República de Chile, Ministerio de Salud, División Programas de Salud, Departamento Programas de las Personas , Unidad de salud Mental.
Ministerio de Salud, (2006)	Sistema de Salud Mental en Chile, Informe de evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization- Assessment Instrumentent for mental health Systems (who- Aism), Santiago, Chile.
Ministerios de Educación y Salud, Fundación Paz Ciudadana y CONACE, Agosto-Septiembre (1997)	Segunda Encuesta Sobre de Consumo de Drogas en Escolares del País.
Minuchin, S. (1982)	Familias y Terapias familiar. Buenos Aires. Ed. Gedisa.
Muldry, J.T. (1987)	Codependency: a family addiction. American Board of Family Practice, Vol. 5. N° 4.
Municipalidad de la Pintana (2000)	Síntesis de diagnóstico comunal.

Nicholls, Eduardo. Diciembre (2003)	Decálogo sobre la terapia familiar en el tratamiento por el consumo problemático de drogas o alcohol, revista De Familias y Terapias, año 11, N° 17.
Norma Técnica N° 85, 3 de Abril, (2006)	Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental, Resolución Exenta N° 391.
Opción (2006)	“Diagnóstico de la Situación de la Infancia en Chile”, Fundación Opción.
Ortuño, F.(2010)	“Lecciones de psiquiatría”, Ed. Medica Panamericana, España.
Pérez Lisicic, Danisa, 6 de septiembre de (2006).	Principios de la intervención con familias de adolescentes con consumo problemático. Diaporama CONACE.
Sernan, (1993)	Informe Comisión Nacional de la Familia (Comisión Aylwin).
Servicio de Salud Sur Oriente (2010)	“Diagnóstico Epidemiológico”, Departamento de Gestión.

- Stanton, M; (1985) "Terapia Familiar del Abusa y Adicción a las Drogas"; Editorial Gedisa, Barcelona,
- SERNAM, 2º borrador. Política Nacional para las familias 2001- Octubre (2001) 2006.
- Steinner, C. (1998) La Educación Emocional. Javier Vergara, Editor; Buenos Aires.
- Toledo Virginia,(1997) Exposición "Desarrollo psicológico del niño y del Adolescente".
- Universidad de Chile, (2009) Encuesta de Ocupación y Desocupación para la comuna de La Pintana, realizada por el Centro de Microdatos del Departamento de Economía.
- Urrutia Fernández, Miguel, (1997) Familias Populares, Historia cotidiana e Intervención Social, Fundación Andes, Santiago de Chile.
- Whashton M., A. (1995) "La adicción a la cocaína: tratamiento, recuperación y prevención" Ediciones Paidós Iberica, S.A. 1º edición, Barcelona.

Whitfield, August, (1984)

C.L. Co-alcoholism: Recognizing a treatable illness. Family & Community Health.

Wilkinson, J. y Canter, S.,
(1982)

Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training, Chichester, Wiley.

FUENTES ELECTRÓNICAS

- Biblioteca del Congreso Nacional (2012) Reportes estadísticos Comunales – La Pintana Paper:
http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/La_Pintana/Poblaci%C3%B3n
- Biblioteca Nacional de Chile (2013) Chile y los Derechos del Niño
www.bcn.cl
- CONACE (2001) “Marco Conceptual asociado al tema Drogas”.
www.conace.gov.cl
- CONACE (2002) “Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile, del año 2001, de 8° Básico a 4° Medio”.
www.conace.gov.cl
- CONACE (2007) Conceptos Generales Relacionados con el Consumo de Drogas.
Papers:
<http://www.slideshare.net/ajrrul/conceptos-generales-relacionados-con-el-consumo-de-drogas-a1bejarano-rportilla>
- Gobierno de Chile – Ministerio de Salud (2007) Informe WHO-AIMS, Sobre Sistema de Salud Mental en Chile (versión española).
PDF:
http://www.who.int/mental_health/evidencia/chile_who_aims_report.pdf

Mineduc (2011)	Sistema de Información de Estadística educativa SIE. www.mineduc.cl
Ministerio de Desarrollo Social (2012)	Encuesta Casen (2006).
Municipalidad de La Pintana (2012)	Antecedentes Generales del Centro de Salud Mental (COSAM). www.pintana.cl
Municipalidad de La Pintana (2012)	Antecedentes Generales del La Comuna. www.pintana.cl
Pavéz Jaime (2011)	Guía de Información Comunal 2011, Secretaria de Planificación Comunal. www.issuu.com
Pontificia Universidad Católica (1999)	Diagnóstico de salud de adolescentes y jóvenes Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente - Comuna La Pintana 1997-1998; Dra. Tamara Zubarew. P. Universidad Católica de Chile; Dra. Leslie Vargas. P. Universidad Católica de Chile; Dra. Verónica Alcántara. S.S. M.S.O.; Dra. Blanca Peñaloza. Departamento Salud. Municipalidad La Pintana. Papers: http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion16/M4L16Documento/Doc09.html

Programa de Naciones Unidas de Desarrollo (2010).	Índice de Desarrollo Humano. www.desarrollohumano.cl
SENDA (2012)	Conceptos Básicos en Prevención para Entender el Sistema CHPE, Área Desarrollo Territorial, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. www.senda.gob.cl
Serplac RM (2012)	Información Regional Encuesta Casen 2009, Tasa de Pobreza Comunal. www.serplacrm.cl
SSMSO (2012)	Antecedentes Generales del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. www.ssmsso.cl
SSMSO (2012)	Antecedentes generales del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en relación a la Comuna de La Pintana. www.ssmsso.cl
Subdere (2012)	Ficha Comunal del Sistema Nacional de Información Municipal SINIM. www.subdere.gov.cl

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario

1.-Área Individual

Sexo	Edad del joven	Escolaridad del joven	Droga de consumo del joven	Años de deserción escolar del joven	Situación judicial del joven	Tipo de delito	Antecedentes académicos del joven	Relación de pareja	Nº de hijos del joven	Uso del tiempo libre	Relación con sus pares	Participación en la comunidad

2.- Área Familiar

Nº de hermanos	Miembros de la familia que viven con el joven	Consumo de drogas en la familia (si, no , quienes)	Consumo de drogas Madre	Consumo de Drogas Padre	Consumo de drogas hermanos	Escolaridad de la madre	Escolaridad del padre	Situación laboral de la madre	Situación laboral de la padre

3.- Área Socioeconómica y de Vivienda

Tenencia de la vivienda	Calidad de la vivienda	Nº de personas que viven en el hogar (que cocinan juntos)	Servicios básicos con que cuenta la vivienda	Ingresos económicos de la familia (con quienes comparte el usuario)

4.- Área Tratamiento y Rehabilitación

Institución que realiza la derivación	Motivo de consulta	Expectativas del joven en relación a su proceso de tratamiento	Expectativas de la familia en relación al proceso de tratamiento del joven	Diagnóstico Psiquiátrico	Parentesco del adulto responsable	Situación laboral del adulto responsable	Situaciones en las que el joven se involucra asociadas al consumo

ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador
Características individuales de la Adolescencia	<p>Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-.</p> <p>La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años</p>	Identificación de las características de los adolescentes	Sexo Edad Estado civil Escolaridad Droga de consumo Años de deserción escolar Situación judicial Tipo de delito Antecedentes académicos Relación de pareja Nº de hijos Uso del tiempo libre Relación con sus pares Participación en la comunidad		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador
Contexto familiar	Grupo social unido entre si por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica y adoptiva) y de alianza, incluyéndolas uniones de hecho donde todo ser humano participa dentro de este grupo primario, que posibilita, mantiene, transmite y proyecta la vida.	Identificación de las características de cada una de las familias de los adolescentes.	Familia presente-ausente Maltrato Padres negligentes Padres adictos Escolaridad	Abandono Nivel de enseñanza	Desarraigo No existe adulto significativo Pérdida del vínculo afectivo. Físico Psicológico Sexual Educación Salud Vestuario Alimentación Madre y/o Padre consumidor/a pasta base Madre y/o Padre alcohólicos Ultimo curso rendido

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador
Características socio demográficas	Diagnosticar la actividad humana, sea esta social, laborar o educativa	Identificación de las características socio demográficas de los jóvenes y de sus familias.	Social Económica	Vivienda Actividad laboral de los padres	Calidad de la vivienda Tenencia de la vivienda Tipo de ocupación, trabajo estable, esporádico, sin actividad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador
Características psicológicas	Conocer las características psicológicas del adolescente	Identificación de las características psicológicas de los jóvenes y de sus familias.	Patologías Psiquiátricas	Tenencia	Presenta No Presenta Descripción

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador
Motivaciones y expectativas	La motivación es una resolución hacia un objetivo, que supone una acción por parte del sujeto y permite aceptar el esfuerzo requerido para conseguir ese objetivo. Está intrínsecamente compuesta de necesidades, deseos, tensiones, incomodidades y expectativas	Identificación de las motivaciones y expectativas de los jóvenes y de sus familias.	Motivaciones Expectativas		

ANEXO 3

1.- Conceptos básicos sobre las drogas

El texto Prevenir en Familia elaborado en el año 2003 por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), señala que para que entender la temática de la droga es importante conocer y comprender algunos conceptos básicos, relacionados con el uso y/abuso de ellas, el efecto en las personas, los tipos de consumo de drogas e indicadores, estos son:

Uso de drogas: Es aquella modalidad de consumo que no tiene consecuencias graves para la persona, ya sea porque la cantidad de drogas es mínima, o se realiza con escasa frecuencia, o por tener un estricto control médico. Todo uso de drogas no prescrito por un médico reviste mayor riesgo.

Abuso: Es cualquier consumo de drogas que dañe o amenace la salud, física, mental o el bienestar social de un individuo, de un grupo social o de la sociedad en general. La persona que consume abusivamente se disfuncionaliza en forma personal, familiar, social, judicial, etc. Por el consumo de drogas.

Dependencia o adicción: La dependencia podría llegar a ser el final de un proceso que comienza cuando se consume por primera vez drogas o alcohol, y se ahonda a través de la experimentación y el abuso. Los aspectos que la caracterizan son la pérdida del control de sí mismo y de sus actos, la preocupación compulsiva por tener acceso a la droga, uso continuo de esta a pesar de sus consecuencias negativas. Generalmente va acompañada de tolerancia y síndrome de abstinencia.

Formas de consumo: De acuerdo a las diversas relaciones que una persona puede establecer con las drogas, se distinguen diversos tipos de consumo: experimentales, ocasionales, habituales, abusivos y de dependencia o adicción.

Patrón de consumo: Son hábitos generales de la población respecto del consumo de drogas: cuales son las drogas de las que más se abusa, como se suelen consumir, en que contextos se consumen, cual es la distribución geográfica de ese consumo, etc.

Sobredosis: Supone la administración de la droga en un breve espacio de tiempo, en una dosis que supera toda capacidad de asimilación por parte del organismo, generando una intoxicación de distintas severidades que pueden llegar incluso a la muerte.

Intoxicación: Es un trastorno inducido por el consumo de drogas que cumple los siguientes criterios: a) presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia, debido a una ingestión reciente b) cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos, clínicamente significativos, debido al efecto de la sustancia en el sistema nervioso central. Estos cambios se presentan durante el consumo o poco tiempo después de consumirla c) los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. La intoxicación tiene distintas intensidades: leve, moderada, severa y aguda. La intoxicación aguda es aquella que aparece cuando un organismo recibe, en un corto lapso, una cantidad de droga que altera sus funciones psíquicas y su comportamiento. Si es intensa, puede provocar reacciones graves y exigir una atención médica de urgencia.

Desintoxicación: Proceso por el que pasa una persona desde que deja de consumir la/s droga/s de la/s que depende o abusa, hasta que supera las manifestaciones propias del síndrome de abstinencia inducidos por ella.

Potencial adictivo: Es la capacidad de determinada sustancia para generar dependencia en la persona consumidora. Esta se da no sólo por la naturaleza de la droga utilizada (tipo, dosis, frecuencia, vía de administración) sino también por

las propias características de la persona consumidora, sus hábitos, la utilización simultánea de más de una droga, el contexto que la rodea, etc.

Síndrome de abstinencia: Es aquel síndrome que cumple con los siguientes criterios: a) reacción frente al cese o reducción del consumo prolongado y en grandes cantidades de una sustancia; b) causa malestar clínicamente significativo (irritabilidad, sudoración, angustia, temblores, dolores abdominales, insomnio, y otros dependiendo del tipo de drogas) y/o deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo; c) los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. Los síntomas se alivian al volver a consumir la sustancia en la dosis que se suspendió.

Tolerancia: Proceso mediante el cual el organismo se va adaptando a la presencia de la droga, por lo que para obtener el efecto deseado es necesario incrementar progresivamente la dosis.

Policonsumo: Consumo combinado de distintas drogas durante un mismo periodo de tiempo. Esta pauta de consumo multiplica los riesgos asociados al consumo de diversas sustancias.

Reinserción social: Proceso en el cual se busca promover una situación de estabilidad emocional, personal y de relaciones, que permita al individuo una participación activa y adecuada en su contexto social, tras haber superado su problema de drogadicción.

Compromiso biosicosocial: Se refiere a la cantidad y severidad de los problemas asociados al consumo de drogas. La severidad del compromiso está directamente relacionada con el nivel de disfuncionalidad que su forma de consumo produce en algunas áreas de la vida de la persona. Cuando la persona

“deja de funcionar” en el aspecto biológico, psicológico y social, se habla que presenta un compromiso biosicosocial desde leve, moderado a severo.

Los conceptos antes mencionados son fundamentales para comprender lo que reviste un proceso de rehabilitación en la temática droga, sus complejidades y líneas de acción.