



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

FACTORES QUE INCIDEN EN LA INTERRUPCIÓN Y ABANDONO TEMPRANO DE
TRATAMIENTO DE DROGAS Y ALCOHOL INFANTO ADOLESCENTE; CENTRO
CRONOS

Alumno/alumna: Sánchez Rosales Belén Marcela
Delgado Igor Boris Osvaldo
Profesor Guía: Valenzuela Espinoza Sebastián

Tesis para optar al título de Asistente Social

Tesis para optar al grado de Licenciado/Licenciada en Trabajo Social

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	3
I. ANTECEDENTES Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1. Tratamiento por Trastornos de Salud Mental y Consumo Problemático de Drogas y Alcohol en Población General Adolescente	7
2. Política Pública, trabajo en red y complementariedad	10
3. Desarrollo de proceso de tratamiento	11
5. Pregunta de Investigación	15
6. Objetivos de la Investigación	15
6.1. Objetivo General	15
6.2. Objetivos Específicos	15
II. MARCO TEÓRICO	16
1. Población Adolescente General y consumo problemático de sustancias	16
2. Abordaje de la Política Pública	20
3. Fenómeno Social y Compromiso Biopsicosocial	27
4. Interruptores y abandono temprano de tratamiento	31
III. MARCO METODOLÓGICO	35
1. Metodología	35
2. Enfoque o método	36
3. Tipo de estudio	37
4. Carácter del estudio	38
5. Instrumento	38
6. Diseño Muestral	39
6.1. Caracterización de la Muestra	39
6.2. Criterios de Confiabilidad	40
7. Plan de análisis	41
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
1. Objetivo 1	45
2. Objetivo 2	47
3. Objetivo 3	54
4. Nuevos Hallazgos	59
V. Conclusiones	61
VI. Aportes al Trabajo Social	63
VII. Referencias	66
VIII. Anexos	70

INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de alcohol y drogas en población adolescentes es una problemática de carácter público, por tanto, el organismo encargado de promover y ejecutar las políticas públicas es SENDA, el cual visualiza el consumo de drogas desde un carácter sanitario de salud pública. Este organismo otorga tratamiento y rehabilitación a través de sus diferentes convenios, brindando una oferta de tratamiento especializada de acuerdo a las particularidades de los distintos segmentos de la sociedad.

Los Estados a través de la política pública es el encargado de dirigir el abordaje de este fenómeno social sea desde un prisma epidemiológico, sanitario, político o como también desde la intervención social, junto a ellos la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales son algunos de los actores quienes se han encargado de responder, desarrollar y ejecutar acciones frente al problema del consumo de alcohol y drogas.

Así lo refiere Escotado *“el criterio de quienes gestionan el control social entienden que, por definición, cualquier cosa “psicotrópica” es una trampa a las reglas del juego limpio: lesiona por fuerza la constitución psicosomática del usuario, perjudica necesariamente a los demás y traiciona las esperanzas éticas depositadas en sus ciudadanos por los estados, que tienen derecho a exigir sobriedad porque están atentos a fomentar soluciones sanas al estrés y la neurosis de la vida moderna”* (Escotado, 1998, pág. 5).

En relación a lo anterior y considerando los componentes socio-históricos que constituyen al ser humano en este presente podemos considerar el devenir, el paso en el tiempo, las transformaciones sociales, el orden mundial, las relaciones sociales de producción y su interacción social tiene una interacción directa con el uso y abuso del consumo de sustancia. Cuando la sociedad comienza a concebir el consumo de drogas como un problema multidimensional, sistémico que genera un espacio de encuentro donde se cruza lo moral, lo económico, lo político, la salud pública, el derecho y la judicialización, dando forma y cuerpo a un complejo fenómeno social.

Las instituciones, los agentes sociales y el Estado propiamente tal son los encargados de desarrollar el ejercicio comprensivo y técnico, considerando estos elementos cualitativos como relevantes a la hora de llevar a la praxis un desarrollo teórico y práctico en el abordaje de esta problemática deben promover constantemente el ampliar, facilitar y ofertar tratamiento en materia de consumo de sustancias como también sus componentes sociales e individuales asociados.

En la misma línea el autor Antonio Escohotado en su texto Historia Elemental de las drogas refiere que el consumo de drogas ocurre en diversas culturas y tiempos históricos mediante la ritualidad, la religiosidad, lo recreacional, lo terapéutico (Escohotado, 1998), por tanto se parte desde el entendimiento de que el consumo y el uso de drogas tiene componente y raigambres culturales, sociales, biológicas que son parte de la historia y su propia humanidad y por tanto su desarrollo como usuario de drogas.

El siguiente marco investigativo posee génesis en el Programa de Tratamiento para población Adolescentes General que se ejecuta en Centro de Tratamiento y Rehabilitación Cronos ubicado en la comuna de San Ramón y el cual posee dos modalidades de tratamiento; Ambulatoria Intensiva y Residencial, considerando que el perfil de pacientes que ingresan a estas modalidades presentan un Compromiso Biopsicosocial de moderado a severo, con problemáticas asociadas a patrones de exclusión y auto exclusión social, patrones vulneradores transgeneracionales, psicopatología, escaso tejido social, empobrecimiento socio – cultural.

Continuando, la presente investigación presenta la necesidad de investigar los factores sociales, individuales, técnicos interventivos presentes en el paciente y que están relacionados con el abandono de tratamiento, la investigación presenta variables relacionadas con el paciente y su contexto social, contempla el análisis del grado del compromiso Biopsicosocial. Así mismo otra variable a considerar se relaciona con el tratamiento y los aspectos metodológicos del trabajo en complementariedad, es decir, el tipo de tratamiento y la ejecución de la política pública por dispositivos e instituciones con las competencias técnicas. Por otra parte, las características del programa y los procedimientos empleados a lo largo del proceso interventivo desde el equipo clínico.

El trabajo investigativo busca identificar, comprender y analizar los factores que inciden en la Interrupción y Abandono temprano de Tratamiento por Consumo problemático de Alcohol y Drogas en Población Infante Adolescente desde la experiencia de los profesionales del Centro de Tratamiento y Rehabilitación CRONOS. Se contempla el análisis desde las líneas interventivas del trabajo social clínico conjugando aspectos que están relacionados con el paciente y su relación con el entorno y los aspectos relacionados con la propuesta interventiva y metodológica de tratamiento visualizada desde el quehacer profesional.

En el primer capítulo se desarrollaron los antecedentes y formulación del problema en el cual se aborda la temática de tratamiento por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población Adolescente dado que es una población vulnerable con altos niveles de riesgos y daños asociados presentes en los/las adolescentes. La segunda temática tiene relación con la política pública, el rol del estado, la ejecución de ella y el desarrollo técnico profesional como desafío interventivo a esta problemática social. La tercera temática aborda el proceso de desarrollo de tratamiento de la población general adolescentes, la temporalidad de tiempo en tratamiento, cumplimiento de logros y tipo de egreso.

El segundo capítulo se relaciona con el marco teórico el cual elabora en primera instancia el consumo problemático de sustancia en población general adolescentes, la segunda instancia desarrolla la política pública y el abordaje de esta problemática, continuando una tercera instancia presenta al fenómeno social del consumo de drogas y el compromiso biopsicosocial en los pacientes como elementos cualitativos relevantes en la investigación y como última instancia interruptores y abandono de tratamiento como resultado de procesos de tratamiento.

El tercer capítulo aborda el desarrollo del marco metodológico, el presente estudio posee una metodología con enfoque cualitativo. El método que guía el ejercicio de recolección de datos es el estudio de caso que se centra en la combinación de estudiar un acontecimiento concreto de un fenómeno social en un determinado contexto, el cual da forma al carácter de estudio y al tipo de instrumento empleado.

I. ANTECEDENTES Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. Tratamiento por Trastornos de Salud Mental y Consumo Problemático de Drogas y Alcohol en Población General Adolescente.

adolescencia en su proceso de desarrollo transita de un estadio a otro en una constante interacción que fluctúa dentro de su ciclo vital presentando cambios significativos a nivel cognoscitivo, conductuales y fisiológicos. Se encuentran en un proceso de transformación constante a nivel interno y externo, es por ello necesario considerar como determinantes los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, esta manera conocer y comprender su proceso de posicionamiento social, su construcción social y la relación que establece con su medio más próximo.

De esta manera en la etapa de desarrollo de la adolescencia confluyen variables que determinan el comportamiento y desarrollo de este, son estos ejemplos, más las características y particularidades del adolescente las que aumenta de alguna manera la prevalencia a un consumo problemático de sustancia y por tal razón la solicitud de tratamiento y atención *“la edad del primer consumo esta inversamente correlacionada con la incidencia de trastornos de consumo de sustancias. Por lo tanto, el consumo de alcohol y otras drogas es un importante factor de riesgo para el desarrollo integral del adolescente”* (MINSAL, Orientaciones Técnicas, 2015, pág. 5).

En el caso de los/las adolescentes se instala el énfasis en los factores de riesgos asociados hacia un consumo problemático de sustancias como es el comportamiento agresivo, habilidades sociales deficitarias, límites y normas desde parentalidad ausentes o deficitarias, abandono, violencia, episodios traumáticos no tratados, consumo de sustancia a temprana edad con un alto compromiso biopsicosocial, exclusión social con una alta capacidad de obtención y acceso a drogas.

Continuando con lo anterior, las circunstancias, factores, hechos y complejidades presentes en la historia y en las vidas de las personas explican de alguna manera el comportamiento, personalidad, funcionamientos social del sujeto consumidor *“traumatismos intencionales y*

no intencionales, pérdidas económicas, sufrimiento y empobrecimiento familiar y social, delitos, sexo inseguro y otras circunstancias que afectan a terceros y a la sociedad en general” (MINSAL, Guía Clínica AUGE, 2013, pág. 10) siendo el espejo que posee el tiempo para evidenciar el devenir de sus interacciones, el tipo de relación que establecen con las drogas como también los efectos relacionados al consumo de sustancias.

El permanente esfuerzo por parte de los organismos encargados es hacer frente a este fenómeno con distintas estrategias de abordaje, siendo fundamental contar con Programas de Tratamiento diferenciados entre adultos y adolescentes, lo que permitiría elaborar un diseño de atención acordes a las necesidades de los distintos segmentos de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud, desde el año 2009 y en conjunto con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) buscan ampliar la oferta programática y acceso a tratamiento a personas con trastornos asociados por consumo de drogas, la idea de que se considere el consumo de drogas como un problema de salud pública va teniendo impacto y algunos países miembros otorgan servicios especiales a quienes presentan trastornos de salud mental por consumo de drogas.

El Ministerio de Salud (MINSAL) en relación al consumo de alcohol y otras drogas en esta población refiere la necesidad de ofertar y brindar tratamiento a Niños, Niñas y Adolescentes. El fenómeno del consumo problemático de Alcohol y otras Drogas en NNA es considerada una problemática de carácter público, la Organización Mundial de la Salud, considera que *“el consumo dañino o perjudicial debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que, es causa principal de Traumatismos en especial los causados por el Tránsito, Violencia y Muertes Prematuras”* (MINSAL, Guía Clínica AUGE, 2013, pág. 9)

Lo problemático del consumo de drogas y la necesidad de recibir tratamiento y atención más especializadas se encuentra circunscrito a las necesidades vitales más urgentes e importantes en el ciclo vital del individuo, el propio paciente en algunos casos como demandante de atención, en otros casos los equipos derivantes o complementarios, los cuales pueden compartir líneas temáticas de atención, como SENAME Protección o SENAME Justicia

Juvenil, más las orientaciones técnicas entregadas por SENDA y MINSAL desde salud mental para el desarrollo de tratamientos en drogas y alcohol en dicha población.

Las bases técnicas SENDA para el Programa Población General Infanto Adolescente le otorgó prioridad de territorio para la ejecución a la zona sur oriente, donde se visualizó la comuna de San Ramón como una de las comunas que no contaba con Programa Ambulatorio Intensivo, contando además el convenio con Modalidad Residencial.

En resumen esta oferta de tratamiento está dirigida a niñas, niños y adolescentes, menores de 20 años, que, debido a las consecuencias de su consumo, presentan un perfil, cuya complejidad requiere un tratamiento de especialización distinta a los ofertados por el Régimen de Garantías Explicitas (GES) o por el programa de tratamiento para adolescentes que ingresan al sistema penal juvenil por la ley 20.084, y, que si bien, no de manera exclusiva, atenderá de manera priorizada a población vulnerada en sus derechos provenientes de la Red SENAME. (Contraloría, 2017)

De esta manera se establecen los dos programas en la misma comuna, para los cual el Programa Ambulatorio Intensivo Infanto adolescente (PAI—IA) posee capacidad de atención para 15 jóvenes mixto de la misma comuna, mientras que el Programa Residencial Infanto Adolescente (PR-IA) posee capacidad para atención de 10 jóvenes varones, con priorización de atención a la Red de Salud Sur Oriente en el caso de la modalidad PAI, pudiendo contar con prioridad de atención para la población Adolescentes General de R.M. en el caso del PR.

Importante considerar estos antecedentes por el hecho que permite situarnos en un perfil específico de consumidor y consumidora de sustancias, que recurre a solicitar tratamiento con problemáticas y complejidades asociadas a nivel individual, familiar, social, entorno como de su contexto influyendo y determinando el tipo de consumo y su funcionamiento, en el desarrollo del proceso de tratamiento esta condición no varía y es relevante su influencia en la efectividad o no del tratamiento.

Esta oferta responde al perfil de paciente atendido en el Centro de tratamiento Cronos y es parte de nuestra variable a investigar desde nuestro estudio de caso el cual presenta complejidades y factores sociales con una raíz relacionada con necesidades básicas insatisfechas, escasos de acceso a servicios, alteraciones afectivas, además agregar complicaciones psíquicas, stress psicosocial, familiares cuyos trastornos deben recibir tratamiento.

Como se muestra anteriormente existe una oferta programática de tratamiento y rehabilitación de alcohol y drogas, existe una respuesta desde el estado y la política pública, la sociedad civil reconoce el problema social y da respuesta al consumo de alcohol y drogas comprendiendo que es un fenómeno social con una multiplicidad de problemáticas asociadas que propician un escenario para la interacción y dialogo constante entre las distintas instituciones que buscan colaborar y responder a esta problemática desde el plano médico, sanitario, social y de seguridad promoviendo el trabajo colaborativo, complementario e intersectorial.

Según orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes los resultados de tratamiento exitosos están relacionados con el tiempo de permanencia en tratamiento, la resolución de problemas prácticos, participación y ocupación en actividades, el soporte social de la familia y el acceso a derechos integrales como vivienda, salud, educación (MINSAL, Orientaciones Técnicas, 2015).

En este marco y en conjunto con la complejidad y severidad del Compromiso Biopsicosocial de la población Adolescentes General es que resulta de interés investigativo conocer los factores que propician resultados pocos exitosos, los cuales, permitirían identificar los factores que posibilitan una mayor prevalencia a la interrupción y abandono temprano de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas en población Adolescente.

2. Política Pública, trabajo en red y complementariedad

El influir sobre variables de abordaje especializada con redes sociales significativas e institucionales permite otorgar cobertura a necesidades de tratamiento de una población que se encuentra envueltos en una situación de vulnerabilidad compleja, tanto por la naturaleza de los factores que inciden en su consumo, como para revertir esta situación (Contraloría, 2017)

Es menester considerar las orientaciones entregadas en las bases técnicas y administrativas que proponen un trabajo en red, ósea esto quiere decir, que, el trabajo clínico en tratamiento debe integrarse a la red socio interventiva, es preponderante considerar la articulación, coordinación y diferenciación de roles en lo que concierne el trabajo complementario.

De esta manera el/la paciente puede recibir el tipo de intervención según requerimiento y necesidad que requiera, como además permite la delimitación y la no sobre intervención de acciones, buscando promover el desarrollo integral de NNA en intervención, es decir, el equipo terapéutico proveerá una intervención de tratamiento integral que será complementaria e integrada a la que realiza el equipo o red psicosocial. (Contraloría, 2017)

No obstante, el que se presente lineamientos claros de trabajo en complementariedad no asegura que el trabajo esperado se cumpla, debido que cada dispositivo involucrado tiene su funcionamiento y sus particularidades, cada equipo de trabajo tiene sus propias metodologías, por lo tanto, existen circunstancias y formación profesional con escaso desarrollo teórico-práctico, escasa capacidad de enfrentamiento a problemáticas complejas, falta de elementos para comprender la realidad.

Cuando los equipos en complementariedad no logran interpretarse, alta expectativas de recuperación a raíz de tratamiento, la necesidad interventiva responde más al requerimiento de cumplir con metas y objetivos trazados por línea temáticas específicas de los dispositivos tratantes más que a los objetivos trazados por el propio paciente, perdiendo la coherencia interventiva propuesta en el trabajo en complementariedad condicionando en algunos aspectos a procesos burocráticos y terapistas que en lentece y obstaculizan el trabajo interventivo.

Problemáticas de salud mental a la base o a nivel transgeneracional, entre otras circunstancias que afectan a un otro (a) y al entorno siendo estos últimos puntos centrales en el proceso

investigativo, el que busca conocer por medio de equipo clínico interviniente los factores que generan interrupción y abandono temprano en proceso de tratamiento.

Esta definición de alguna manera nos sitúa en una problemática multifactorial y como tal, es compleja y trae consigo una multiplicidad de factores sociales, ya sea por su implicación, historicidad, causas y efectos del fenómeno estudiado, los cuales de alguna manera son elementos que componen al individuo y dan forma al conjunto social que presenta una mayor prevalencia al consumo.

3. Desarrollo proceso de tratamiento.

Respecto de población adolescentes con medidas de protección de derechos y consumo de drogas, datos entregados por SENAME respecto de 10 a 19 años, alrededor del 30% presentan consumo problemático. De ellos, la demanda estimada para tratamiento alcanza al 20% (MINSAL, Guía Clínica AUGE, 2013).

Parte de las intervenciones terapéuticas para el Tratamiento están relacionadas con la promoción permanente de la continuidad del tratamiento, es decir, que los distintos agentes coordinen estrategias y acuerdos terapéuticos, promocionando y procurando el resguardo del paciente en la construcción de algún tipo de contención, que le permita sostener algunos elementos angustiosos de la realidad y poder ligar a algún significativo algunos de los distintos episodios violentos, traumáticos y carentes dentro de las primeras etapas del ciclo vital, quienes conllevan además problemáticas habitacionales, carencias afectivas y escasas de contención.

Por lo tanto, la Interrupción y Abandono de tratamiento se encuentra siempre latente en el proceso del mismo, la intervención apunta a revertir las condicionantes exógenas al tratamiento y preparar al paciente para vivir las distintas etapas que esté contempla, es por esto la importancia de las estrategias terapéuticas en los momentos de cierre de proceso, las cuales debiesen ser flexibles y dinámicas acorde a la etapa del ciclo vital y las particularidades de cada caso y así procurar incentivar la continuidad de tratamiento.

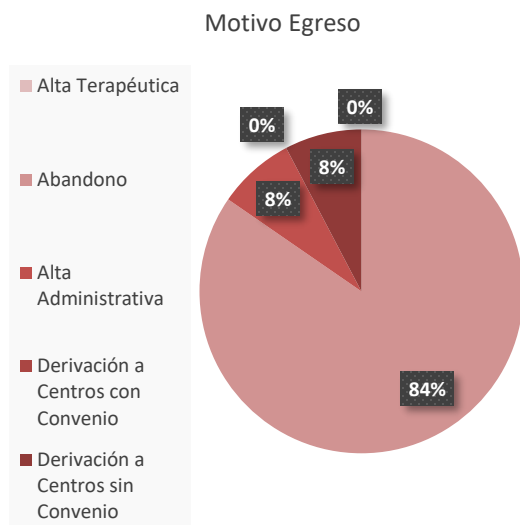
Mencionado anteriormente la presente investigación se estudiara la experiencia del centro de Tratamiento y Rehabilitación Cronos Modalidad PAI-PR/IA, el cual hasta la fecha lleva 20 meses aproximado de funcionamiento, por lo que, los datos aportados poseen un periodo de tiempo de enero a diciembre del año 2018, a continuación, se presentaran los datos de la “Ficha de monitoreo de resultados de tratamiento 2018 del Programa Adolescentes General” (CRONOS, Ficha de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, 2018).

Dentro de esta línea, el tiempo de permanencia de los pacientes la hora de terminar con un proceso terapéutico se evidencian en los siguientes datos. Entre el periodo de enero a diciembre del año 2018 en la R.M. de un total de 13 personas egresadas, 6 personas las cuales corresponden al 46% del total permanecieron menos de tres meses, mientras que 7 personas permanecieron 90 ó más días, lo que corresponde a un 54%. Finalmente, si analizamos estos datos nos arroja que existe un porcentaje muy similar entre pacientes que permanecen 90 o más días y los pacientes que permanecen menos de 90 días en tratamiento, con una diferencia de solo un paciente.

Lo anterior debemos considerarlo en el marco de que el CTR Cronos atiende dos modalidades de tratamiento, Ambulatoria Intensiva y Residencial, en esta línea los datos nos aportan cifras importantes con respecto al tiempo de permanencia al momento de egreso, en la cual la media se concentra en la permanencia con menos de 90 días, considerando que en ese transcurso de tiempo la aplicación de diagnósticos y elementos técnicos se ve interferido por la propia intermitencia en el tratamiento provocado en gran medida por la complejidad de los pacientes.

Dentro de los aspectos relevantes que son de interés investigativo de la “Ficha de monitoreo de resultados de tratamiento 2018 del Programa Adolescentes General” destacan datos sobre la variable motivo de egreso, en la cual, se ordenan los datos de la siguiente manera; De un total de 13 personas egresadas, solo una persona egreso por Alta Administrativa lo que equivaldría a un 8%, también solo una persona egreso por motivo de Derivación a Centro sin Convenio lo que equivale a un 8%, finalmente la concentración de Motivo de Egreso es por la variable abandono, la cual concentra un total de 11 personas lo que corresponde a un 85%

del total de egresados, el cual se acompaña con el siguiente gráfico.



Datos extraídos de la Ficha de monitoreo de resultados de tratamiento 2018 del Programa Adolescentes General (CRONOS, Ficha de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, 2018)

Estos datos expresados llevan a contemplar la variable abandono temprano debido al alto porcentaje de personas con menos de 90 días en tratamiento, de la mano con un alto porcentaje de logros terapéuticos bajos, cuestión que permite pensar en torno a los motivos por los cuales los pacientes poseen una baja adherencia y por los resultados pocos exitosos en el tratamiento. Junto con ello es imprescindible visualizar la variable Abandono como el principal motivo de egreso de la población atendida llevando al cuestionamiento de los factores que inciden en el Abandono temprano de tratamiento.

En el Informe de 2014 del área de Tratamiento y Rehabilitación para NNA con consumo problemático de alcohol y drogas, egresaron un total de 432 adolescentes. Respecto del tratamiento y motivo de egreso de los usuarios, la mayor parte presenta abandono del tratamiento con un 30,1% y alta administrativa con un 29,2%, seguida por alta terapéutica con un 19,0% (SENDA, INFORME Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo 2014, 2015).

De la misma forma datos importantes de exponer son los aportados por el informe anual de tratamiento 2017 Adolescentes con infracción de ley 20.084, en la que destacan datos de la variable motivo de egreso, el número de personas que egresó de los programas de tratamiento durante el período de enero a diciembre de 2017, es de 3.762, lo que representa el 64% del total de personas atendidas en el año. Se observó que la derivación a otro dispositivo de tratamiento es el principal motivo de egreso de las personas tratadas, con un 49%; seguida de abandono con 24% y alta administrativa con 14% de los casos. (SENDA, INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICA, 2018)

En consecuencia, de lo anterior, es que resulta de total interés para la disciplina del Trabajo Social estudiar los factores que inciden en la interrupción y abandono temprano de tratamiento en población adolescentes general, visualizando modalidad Ambulatoria Intensiva y modalidad Residencial otorgadas en CTR Cronos. Desde este ejercicio investigativo esto permitiría poder establecer intervenciones terapéuticas efectivas, preventivas que permitan tener un mayor impacto, considerando que las características principales de este perfil de pacientes están relacionadas con la complejidad y severidad del compromiso Biopsicosocial.

Es en este contexto donde el quehacer profesional adquiere un matiz relevante hacia el deber ético de humanizar e instalar como prioridad las necesidades sociales de los pacientes, conocer los factores o los motivos por los cuales se interrumpe o abandona tratamiento permitiría una serie de mejoras en el trabajo interventivo.

¿Que propicia o allana el camino hacia la interrupción y abandono de tratamiento en los adolescentes? Desde el centro de tratamiento cronos se establece el campo de investigación con el objetivo de conocer a través de la experiencia e identificación de los profesionales tratantes los factores que incidan en la interrupción y abandono de tratamiento de esta manera el identificar, conocer, caracterizar estos factores con el objetivo de utilizar como insumo teórico practico en la intervención terapéutica a nivel de tratamiento de drogas sea para su desarrollo clínico, impacto social y efectividad interventiva.

5. Pregunta de Investigación

¿Qué factores inciden en la interrupción y abandono de tratamiento en Población General Infante Adolescente con consumo problemático de Alcohol y Drogas desde la experiencia de los profesionales del Centro de tratamiento y Rehabilitación Cronos Programa Residencial R.M.?

6. Objetivos de la Investigación

6.1. Objetivo General

6.2.1. Describir los factores que inciden en la interrupción y abandono de tratamiento en Población General Infante Adolescente con consumo Problemático de Alcohol y Drogas desde la experiencia del equipo de profesionales del Centro de Tratamiento y Rehabilitación Cronos R.M

6.2. Objetivos Específicos

6.2.1. Caracterizar los factores biopsicosociales presentes en los/las pacientes que inciden en la interrupción y abandono de tratamiento.

6.2.2. Identificar los factores metodológicos del equipo de trabajo del CTR Cronos que inciden en la interrupción y Abandono de tratamiento.

6.2.3. Explicar los factores del trabajo en red que inciden en la interrupción y abandono de tratamiento.

II. MARCO TEÓRICO

1. Población Adolescente General y consumo problemático de sustancias

Dentro del desarrollo de la primera infancia, y adolescencia los individuos se encuentran en un proceso de transformación constante a nivel interno y externo, es por ello necesario considerar como determinantes los aspectos biológicos y psicológicos para comprender la juventud, la adolescencia en su proceso de posicionamiento social, su construcción social como individuo/individua y la relación que establece con su medio más próximo.

Características comunes de la población estudiada con un mayor grado de complejidad se relacionan con el desarrollo de patrones de conductas y funcionamiento social arraigadas a la exclusión social, abandono y deserción escolar en edad temprana, empobrecimiento familiar y social, delitos, pérdidas económicas, conductas de riesgo y daño. (SENDA, Servicio Nacional para la Prevencion y Rehabilitacion de Drogas y Alcohol , 2018).

Sin embargo, también existe una parte importante de individuos menos trastocados o con características menos complejas, con factores protectores asociados a algún tipo de contención social o familiar, donde se ha logrado estabilizar en ciertas áreas y en gran parte de ellas, pero con la premisa de contar con redes de apoyo significativas.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la OMS nos entregan una definición del segmento de adolescente como la población comprendida entre los 10 y 19 años, y como jóvenes al grupo entre los 15 y 24 años, la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la adultez de la persona en la cual fluctúan constantes movimientos y cambios en el proceso evolutivo como también en su nivel de desarrollo, el periodo de la vida comprendido entre los 10 a 19 años en el cual se observa el desarrollo biológico, psicológico, social, del individuo (OMS, 2018).

De esta manera en la etapa de desarrollo de la adolescencia confluyen variables que determinan el comportamiento y desarrollo de todo sujeto, por tal motivo influyen de sobre manera las características sociales como personales, dado que aumenta la prevalencia de

verse implicados en situaciones altamente dañinas y riesgosas para el desarrollo de su integridad vital.

En su desarrollo podemos comentar que transita de un estadio a otro, donde se presenta niveles de consumo relacionados con el abuso, dependencia, perjuicio y problemas de diversas índoles en directa relación con dificultades sociales o problemas interpersonales, las que representada por individuos y grupos se encuentran relacionados con cambios significativos a nivel cognoscitivo, conductuales y fisiológicos que vivencian las personas y especialmente en edad temprana.

Jean Piaget en su análisis de la conducta y el desarrollo del pensamiento humano refiere que el ciclo vital de la adolescencia se encuentra enmarcada por *“los sentimientos morales y sociales de cooperación, dejando la etapa de las operaciones intelectuales concretas y pasando a la etapa de las operaciones intelectuales abstractas, de la formación de la personalidad y de la inserción afectiva e intelectual en la sociedad de los adultos”* (Piaget, 1991, pág. 14).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la define como la etapa de la vida de las personas comprendida entre la pubertad y el momento en que, además de haber alcanzado la edad legal que les confiere la plenitud de sus derechos, han culminado las etapas meramente preparatorias de la vida, accediendo a la posibilidad de constituir su propia familia y asumir roles ocupacionales de adultos. (O.M.S, 2018)

El Ministerio de Salud (Desde ahora, MINSAL) en relación al consumo de alcohol y otras drogas en esta población refiere *“la edad del primer consumo esta inversamente correlacionada con la incidencia de trastornos de consumo de sustancias, Por lo tanto, el consumo de alcohol y otras drogas es un importante factor de riesgo para el desarrollo integral del adolescente”* (SENDA, INFORME Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo 2014, 2015, pág. 5)

tal condición determina al adolescente y de la misma manera a su entorno a una condición problema, dificultando su desarrollo, interrumpiendo procesos, desequilibrando el desarrollo de su ciclo vital, un adolescente situado en una condición de riesgo y daño permanente.

Dentro del proceso evolutivo de la adolescencia las probabilidades de estar susceptible o a puertas de generar un consumo de Alcohol y/o otras Drogas son altas más cuando se presentan dificultades y problemáticas tanto a nivel individual, familiar, comunitario, *“generando un grado de severidad desde el plano perjudicial llegando a no cumplir con sus obligaciones productivas, educativas y sociales, riesgos de salud , problemas legales y compromiso en conductas antisociales, problemas sociales e interpersonales”* (Iopez-Ibor aliño, 2001).

Los adolescentes que suelen consumir varias sustancias y no una sola gran parte de ellos/ellas desarrollan un consumo problemático de sustancias, esta condición constituye una mayor prevalencia a un poli-consumo de sustancias al considerar el uso de una o más sustancias de manera al unísono que generen dependencia con al menos alguna de ellas, así lo refiere la Organización Mundial de la Salud, (O.M.S, 2018).

Por otra parte, las particularidades del adolescente presentan ciertas complicaciones al intentar establecer reduccionismo y leyes específicas sobre él y la relación que establece con las sustancias y el tipo de consumo, la condición de proceso evolutivo físico-psíquico, psicológico en el cual se encuentra el adolescente, su condición esporádico o reciente de sustancias, la condición de exploración y experimentación lo que restringe en cierta medida la cualificación de dependencia.

Según Javier Pons y Enrique Berjano en su texto “El consumo Abusivo de Alcohol en adolescentes; Un modelo explicativo desde la Psicología Social plantean que *“autores como Baumrind y Moselle (1985) han manifestado que el consumo habitual de drogas en adolescentes dificulta su natural desarrollo afectivo, impidiendo su madurez psicosocial y creando una “fisura” en la formación de la identidad, que podrá devenir en una identidad adulta difusa y en una falta de claridad en las metas del adulto”* (Pons & Berjano, Junio, 1999, pág. 44).

Lo anterior se debe a las múltiples causas y diversas consecuencias que deja como huella este problema social, así mismo cada una de ellas enfatizara en ciertos aspectos particulares del fenómeno y las personas que la padecen, es por ello que el consumo de sustancias provoca que sea necesario comprender y Senda considerar que una fracción de las personas que consumen drogas puede desarrollar, en algún momento de su vida, consumo problemático (también llamado dependencia o adicción), y necesitará atención especializada para realizar su proceso de recuperación (SENDA, Servicio Nacional para la Prevencion y Rehabilitacion de Drogas y Alcohol , 2018).

Según la OMS la drogodependencias es un trastorno que puede tratarse eficazmente con medicamentos de bajo costo y psicoterapia normalizada (O.M.S, 2018). La Organización Mundial de la Salud, desde el año 2009 y en conjunto con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) buscan ampliar la oferta programática y acceso a tratamiento a personas con trastornos asociados por consumo de drogas. La idea de que se considere el consumo de drogas como un problema de salud pública tiene impacto y algunos países miembros de la UNODC otorgan servicios especiales a quienes presentes trastornos por consumo de drogas.

En el mismo marco la OMS nos entrega una conceptualización sobre el consumo problemático de drogas y alcohol y lo define como un estado psíquico y algunas veces físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, el cual se caracteriza por la modificación de conductas, reacciones y respuestas del individuo (a) que incluyen un deseo incontrolable de consumir drogas, con el objetivo de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos o evitar el malestar de su privación, ya sea de forma continua o periódica del ejercicio de consumo (SENDA, Servicio Nacional para la Prevencion y Rehabilitacion de Drogas y Alcohol , 2018).

La dependencia física, psicológica a la o las sustancias se caracterizan por modificaciones de conductas y funcionamiento psicosocial alterado que buscan una compensación psíquica para evitar el malestar de la privación, lo compulsivo del consumo, lo perjudicial, lo continuo del uso de sustancia propician la base para lo problemático del consumo de alcohol y drogas.

Comprender las características que integra el sujeto consumidor en el transcurso de su ciclo vital y en gran medida desde edad temprana, primera infancia y adolescencia se debe observar y comprender no de manera aislada, sino interrelacionada, es decir, influyéndose mutuamente. *“la edad del primer consumo está inversamente correlacionada con la incidencia de trastornos de consumo de sustancias. Por lo tanto, el consumo de alcohol y otras drogas es un importante factor de riesgo para el desarrollo integral del adolescente”* (MINSAL, Orientaciones Técnicas, 2015, pág. 5).

De esta manera se concibe el consumo de drogas y alcohol en adolescente, desde una condición de severidad, comprender lo problemático en lo cotidiano, en lo permanente, en el desarrollo de la vida del paciente, donde el Compromiso Biopsicosocial emerge como la señal de lo vulnerable y riesgoso del consumo problemático de drogas, Según Damin estos son *“ámbitos concurrentes, necesarios y obligatorios para que podamos hablar de consumo problemático de Drogas”* (Damin, 2017, pág. 12).

2. Abordaje de la Política Publica

El Ministerio de Salud, es el organismo del estado encargado de construir un modelo de salud fortalecida e integrada instalando el énfasis en el cuidado y estimulación en la promoción y prevención en salud durante todo el ciclo de vida. Los organismos y entidades del sistema deben ceñirse a la normas dictadas por el ministerio para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas (MINSAL, Orientaciones Técnicas, 2015), quienes velan por el cumplimiento de las normas en materia de salud, tiene como objetivo dictar normas generales a nivel técnico, administrativo, financiero viéndose reflejado en la dirección y orientación de las actividades del estado que tenga relación en la provisión de acciones de salud coordinada a las políticas fijadas.

El Servicio de Salud es el encargado de dar cumplimiento a las normas en materia de salud, el cual tiene como objetivo dictar normas generales a nivel técnico, administrativo y

financiero, viéndose reflejado en la dirección y orientación de las actividades del estado que tenga relación en la provisión de acciones de salud coordinada a las políticas fijadas.

El tratamiento de drogas y alcohol tiene como objetivo desde la rehabilitación poder establecer el equilibrio desde la dimensión biológica, psicológica, y social, optimizando el funcionamiento del paciente, Según la revista virtual National Institute un drug abuse, en su artículo, La droga, el cerebro y la conducta; La ciencia de la adicción, la adicción o consumo problemático de alcohol y drogas es un trastorno tratable (abusive, 2018).

En el plano local la acción de tratar el problema del consumo de drogas y alcohol con un énfasis social y científico y visto como una complejidad social parte a finales de los ochenta y principio de los noventa cuando el Estado y Organizaciones No Gubernamentales de la sociedad civil comienzan a reconocer, a visibilizar y en su acción a tratar el problema del consumo de las drogas y el alcohol en Chile.

En esa ocasión el organismo encargado de diseñar y a su vez ejecutar las políticas públicas entorno a drogas fue el Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes, fundado en 1990 pasando a ser un organismo dependiente del Ministerio del interior y Seguridad Publica representado en un comité interministerial (CONACE, 2004).

Ley responsabilidad penal adolescente 20.084 genera cambios sustanciales en términos jurídicos y la mirada que se establece hacia los adolescentes, desarrollándose normas técnicas que permitan su ejecución, que otorgue garantías y un sistema especializados en términos centrales, como concepto central emerge la re-inserción social la cual busca el poder situar o instalar a ese NNA en una estructura normativa e institucional en un marco referencial garantista. Para lograr el cumplimiento de estos objetivos se crea el espacio clínico especializado en salud mental que preste atención a población adolescente que ha sido judicializada y condenada.

La promulgación de la ley N° 20.502 crea el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol siendo ahora dependiente del Ministerio

del Interior con una autonomía desde los recursos propios, pasando a ser un servicio público descentralizado.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol es la institución encargada de ejecutar la política pública asociada a esta problemática la cual se articula dentro de una red de servicios que buscan dar respuesta y solución a este fenómeno social y sanitario es la entidad de gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias (SENDA, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2018).

El Tratamiento de drogas y alcohol se considera como una raíz única de acción que tiene como objetivo brindar u otorgar tratamiento para quienes necesiten mantener o cuidar la salud, basado en la conjunción de enfoques y estrategias que ayuden a los pacientes tanto para la reducción como para la eliminación del consumo problemático de alcohol y drogas, de esta manera contribuir a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso y saludable en los pacientes.

El National Institut On Drug Abuse plantea que los factores que influyen en la incidencia de trastornos de salud mental por consumo de sustancias y el tipo de relación que se establece con las drogas se centra en problemas de salud, familiares, sociales, económicos, judiciales *“un conjunto de factores de riesgos: biológicos-genéticos, ambientales y relacionados con las características de las drogas, que influyen en el consumidor favoreciendo el desarrollo de cambios cerebrales (neuroadaptación)”* (Prieto, 2017, pág. 493), traducido en episodios de intoxicación, daño hepático, sobre dosis, combinación de sustancias, reacciones adversas, como son convulsiones, taquicardias, vómitos, psicosis, ansiedad, pánico y agresividad son algunos de los ejemplos que permiten tener una aproximación diagnóstica para comprender la motivación al consumo que permitan desarrollar estrategias interventivas para el tratamiento de drogas.

De una manera similar visualiza a este fenómeno y sus múltiples problemáticas es un problema tanto individual como social, asociado a niveles de exclusión social, enfermedades mortales, violencia, provocando mayor vulnerabilidad de los sujetos (a), un alto compromiso biopsicosocial (SENDA, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol , 2018). Por tanto, el tratamiento a este fenómeno y la manera como es abordado debe ser desde las distintos agentes que buscan colaborar y responder a nivel médico, sanitario, social, y de seguridad promoviendo el trabajo colaborativo, complementario e intersectorial.

El abordaje y tratamiento al fenómeno se encuentra presente busca responder o dar solución a este problema, ya en puntos anteriores se expone la oferta programática propuesta por el estado a través de su política pública, que si bien existe una oferta de tratamiento especializada, las complejidades de la fragmentación y segmentación de las sociedades de Latinoamérica conlleva la necesidad de elaborar una respuesta estatal multisectorial, con una permanente apertura a la articulación y la apertura de los sistemas y subsistemas abiertos.

Como se muestra anteriormente existe una oferta programática de tratamiento y rehabilitación de alcohol y drogas, es una respuesta desde el estado, la política pública y la sociedad civil, se reconoce como un problema social, es comprendido como un fenómeno social el cual consta con una multiplicidad de problemáticas asociadas, las cuales propician un escenario para la interacción y dialogo entre los dispositivos tratantes como también el trabajo interventivo con su respectivos abordajes, ya así lo refiere el instituto nacional sobre el abuso de drogas, el tratamiento enfocado en el consumo de alcohol y drogas debe ser personalizado y contemplar las pautas de consumo de cada paciente y sus problemas de carácter médico, mental y social relacionados con la droga (abusivo, 2018).

Para efectos del presente estudio y el objeto de investigación se centrará en abordar el análisis desde el tratamiento de drogas y alcohol en Población General Adolescente no beneficiarios de las garantías explícitas en salud (GES) y no judicializados por la ley 20.084 RPA y que se le entregue prioridad a la población de pacientes provenientes de la red SENAME protección.

La Contraloría General de la República en la aprobación de las bases técnicas y administrativas como propuesta pública, encuentra ajustado a derecho el ofertar planes de tratamientos para niñas, niños y adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol para el SENDA, con una diferencia a oferta GES y Ley 20.084 que, de acuerdo a su especialización *“Requiere tratamiento de especialización distinta, que, si bien no de manera exclusiva, atenderá de manera priorizada a población vulnerada en sus derechos provenientes de la Red Sename”* (Contraloría, 2017, págs. 6,7)

Las características de la Población General de Adolescentes de alguna forma orienta la manera de cómo se aborda y desarrolla tratamiento, tratamiento considerando al paciente con su multiplicidad de problemáticas a nivel interno como externo que condicionan al adolescente a padecer y generar patrones de funcionamiento social asociados a la exclusión social, vacíos afectivos y emocionales, comisión de delito e infracción a la norma, baja consciencia de riesgo y daño a nivel de salud, construcción social e identitaria en el marco del consumo de alcohol y drogas.

3. Trabajo en red y Trabajo interventivo

Parte de las dificultades en el abordaje de problemáticas sociales complejas está relacionado con las características socio-cultural y política-económica de nuestra región. *“En América Latina las políticas públicas, e incluso las instituciones políticas del Estado, carecen de legitimidad ante los ciudadanos. No sólo de racionalidades técnicas se vive en el espacio público; esta instancia requiere mecanismos que permitan asegurar “sintonía” entre el debate y la definición de los problemas públicos y las soluciones que posteriormente son entregadas a los ciudadanos por medio de una política pública”* (Montecinos, 2007, págs. 332, 333)

Por el contrario, muchas de las grandes políticas públicas definidas e implementadas en la región sean de naturaleza, fiscal, social o económicas han generado más problemas que soluciones, porque precisamente no se han sustentado en “problemas”; lo han hecho desde consecuencias y efectos cuyo origen se remonta mucho más atrás y mucho más al fondo, y

además de ello no son lo suficientemente abiertas para incorporar otros jugadores a la discusión pública (*ídem*).

La pregunta es cómo generar eficiencia y eficacia administrativa para abordar problemas sociales complejos, la respuesta no es sencilla, la literatura nos señala que la inteligencia únicamente florece a partir del diálogo y del intercambio. *“Así pues, una administración inteligente sería aquella que se dedica, principalmente, a gestionar las relaciones, los contactos, las interacciones o, si se prefiere, que aborda los problemas multidimensionales con respuestas también multidimensionales”* (Brugué, Canal, & Payà, 2009, págs. 2, 3).

Según el texto “La intervención socio-comunitaria en sujetos con trastornos mentales graves y crónicos: Modelos teóricos y consideraciones prácticas”, de Jesus Saiz Gáldez y Alejandro Chévez Mandelstein, nos menciona en el texto la necesidad actual de formular un tratamiento integral para personas con enfermedades mentales graves y crónicas, así como los nuevos desafíos en el plano de intervenciones institucionales. Para el presente campo investigativo por trastornos de salud mental y consumo problemático de sustancias nocivas para la salud de los NNA es *“primordial considerar la importancia de implicar a la comunidad y la familia en el tratamiento de los pacientes”* (Saiz & Chévez, 2009, pág. 77).

Según los autores Saiz y Chévez la demanda de tratamientos psiquiátricos era muy superior a la que podían abarcar los recursos institucionales clásicos... sumado a esto la ausencia de tratamientos estandarizados, la heterogeneidad de las patologías que se trataban, la falta de un consenso en el diagnóstico y el descrédito en el contexto de la medicina, junto con la escasa dotación presupuestaria, (*ídem*) son factores que generan una mayor prevalencia a la interrupción y abandono temprano de tratamiento en pacientes con trastornos mentales graves y crónicos.

En el mismo marco parte de los problemas sociales y comunitarios para este perfil de pacientes radica en la red asistencial o en definitiva el tejido social de las personas, el cual no se encuentra articulado ni en dialogo. Por lo tanto, algunos de estos problemas y/o dificultades se relacionan con el aumento de la carga familiar por parte del adulto que

acompaña el proceso, el evidente deterioro a nivel psicosocial de las familias que debían acoger a estos pacientes y no estaban preparados para ello, sumado a la falta de espacios públicos y recreacionales son factores que posibilitan mayor prevalencia a la interrupción y abandono de tratamiento.

La multiplicidad de variables que interactúan entre sí y dan cuerpo a una problemática que requiere una explicación más compleja de su origen, es necesario considerar el modelo de intervención en el área de tratamiento en Salud mental y trastornos por consumo problemáticos de alcohol y drogas.

En el Modelo Biopsicosocial es importante la articulación entre las ciencias que interactúan en la intervención con los/las pacientes, de acuerdo a las necesidades del propio objeto teórico, de acuerdo a esto *“Nos encontramos con dos modalidades de interdisciplinariedad que aparecen epistemológicamente fundadas: el encuentro de un nuevo objeto teórico, surgido en medio de dos o más disciplinas previas y la aplicación tecnológica a la resolución de problemas empíricos complejos”* (Ander-Egg & Follari, 1993, pág. 68).

Equipo de trabajo, unidad terapéutica o mejor conocido como equipo clínico, hace su diferencia en tipo de población atendida, el nivel de complejidad y severidad de la problemática abordada, distintas áreas de las ciencias sociales y la salud convergen en una unidad de trabajo multidisciplinaria.

La investigación es desarrollada en el CTC en su caso posee dos modalidades de intervención, Programa Ambulatorio Intensivo y Programa Residencial de esta manera el estudio del caso considera la totalidad del funcionamiento del centro para identificar, describir, caracterizar las variables a estudiar.

Este equipo de trabajo aborda la problemática de consumo de sustancias y salud mental desde un enfoque biopsicosocial, una perspectiva interdisciplinaria de la comprensión del fenómeno como de su atención considerando la interrelación y convivencia de lo biológico-

psicológico-social es una unidad táctica y técnica que debe abordar y atender un patrón desadaptativo caracterizado por síntomas físicos, psicológicos y psiquiátricos, complicaciones médicas asociadas, conflictos familiares y psicosociales derivados del consumo así lo refiere Minsal, la conformación de estos equipos con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, auxiliares y monitores expresa y permite abordar la complejidad biopsicosocial de la salud mental de las personas desde diferentes perspectivas y disponer de una amplia gama de habilidades y formas de intervención (Psiquiatría, 2019).

El objetivo terapéutico es poder otorgar un conjunto de prestaciones e intervenciones destinadas a Niñas, Niños y adolescentes con compromiso biopsicosocial moderado-severo, con consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas comprendiendo su grado de severidad y problemática, en el caso del ambulatorio intensivo debe contar el paciente con algún soporte familiar, su comorbilidad psiquiátrica debe ser leve, por otra parte la modalidad residencial aborda una comorbilidad psiquiátrica severa compensada, presencia de múltiples, consumo en miembros de la familia, inexistencia o escasas de redes familiares, con soporte familiar o significativo tratamientos previos, que permita el desarrollo efectivo de la intervención al equipo clínico respondiendo a la indicación del tratamiento desde la confirmación diagnóstica.

. 4. Fenómeno social y compromiso biopsicosocial

El tema de la complejidad viene de la mano con esta nueva forma de comprender y estudiar a la sociedad desde su composición biológica como también sistémica el autor Luwing Von Bertalanffy define al sistema social como un conjunto de elementos interrelacionados y los clasifica en abiertos y cerrados. Los primeros hacen intercambios de materias, información, ideas, emociones con el medio que lo rodea, mientras que los segundos permanecen aislados y determinados (Cardozo, 2011). Esta mirada tiene mucha relación con la idea de complejidades presentes como factores que inciden de alguna forma en la interrupción de tratamiento para el consumo de drogas y alcohol en Niñas, Niños y adolescentes.

En nuestra sociedad se encuentran concentrado un conjunto de fenómenos y complejidades, las particularidades de los problemas sociales de relación directa con el fenómeno del

consumo de drogas, las cuales, a su vez, influyen e inciden en las modificaciones, transformaciones y cambios en la manera de ver y tratar el problema del consumo problemático de sustancias en adolescentes, la necesidad de adecuar, flexibilizar, diseñar tratamiento a nivel preventivo.

De la misma manera el autor Niklas Luhmann comenta que desde la teoría de sistemas sociales se ha podido estudiar *“las sociedades modernas y sus formas de operar; sin embargo, en América Latina las implicaciones de las sociedades complejas, su integración segmentada y su diferenciación social complejizan aún más su conformación sistémica”* (Cardozo, 2011), de esta manera podemos comprender la complejidad social su interrelación sistémica como un elemento presente que cruza e interfiere en el fenómeno del consumo del alcohol y las drogas.

A su vez el autor Manuel Carballada nos habla de las problemáticas sociales complejas las cuales, se presentan en nuevas expresiones de la cuestión social, las mismas se caracterizan por una complejidad que comprende una serie de problemas sociales que contienen tanto las características objetivas como subjetivas de los problemas sociales, es decir, tanto desde una perspectiva normativa como desde su impacto en la sociedad.

En el mismo plano el autor nos plantea que las sociedades complejas y especialmente heterogéneas, las representaciones de los problemas sociales como construcción simbólica se recrean en las interacciones de la propia sociedad, la atraviesan en general como así también a las instituciones, las prácticas que se ejercen en ellas y a los propios sujetos de la intervención (Carballada, 2008).

De este modo las Sociedades Complejas, no son estáticas, se mueven en los laberintos de la heterogeneidad social, la crisis de deberes y derechos subjetivos, el ocaso de los modelos clásicos de las instituciones y la incertidumbre instaladas en las prácticas que intentan dar respuestas a éstas, interpelan desde los derechos sociales y civiles no cumplidos, pero también lo hacen desde el deseo.

A su vez, las problemáticas sociales actuales están atravesadas por diferentes componentes, donde cada uno de ellos tiene su propia representación tanto en la esfera del sujeto, su grupo de pertenencia, su red social, como para el resto de las prácticas y modalidades de intervención.

En este sentido las Problemáticas Sociales, son transversales a una serie de complejidades que se expresan en forma singular en la esfera del sujeto. Así reclaman intervenciones desde diferentes ámbitos que marcan nuevos desafíos a las posibilidades de la interdisciplinar, especialmente desde su singularidad.

Pareciera que cada caso, cada momento de intervención requiere de un proyecto a construir en la diversidad de ese otro, donde se observa la necesidad de su palabra, su comprensión y explicación del problema como forma de aproximación a la “verdad” de éste.

En este sentido el modelo Biopsicosocial es promovido por las Políticas Públicas de SENDA, MINSAL, SENAME, el cual, permite apreciar la magnitud de los efectos y consecuencias negativas en personas quienes presenten consumo problemático de sustancias.

El compromiso Biopsicosocial es un diagnóstico evaluativo de distintas áreas según el grado de severidad en cada una de ellas contribuye a la identificación de las principales áreas que se encuentran alteradas en el adolescente (SENDA, INFORME Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo 2014, 2015). Este diagnóstico describe las áreas fisiológicas, individuales, familiares y contextuales del sujeto, considerando lo relativo, las particularidades del problema y con una flexibilidad en la categorización asignadas por cada una de las áreas.

Según la Norma Técnica Número 85, la cual establece las orientaciones técnicas para Adolescentes Infractores de Ley con consumo Problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de Salud Mental, en las definiciones técnicas, se refiere al Compromiso Biopsicosocial 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.

Este permite y contribuye a una serie de variables, que permite apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial. No es susceptible de una puntuación cuantitativa. Más bien, en cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la persona, pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo (MINSAL, NORMA TECNICA No 85, 2006).

De esta manera podemos considerar el modelo biopsicosocial como un instrumento de comprensión y análisis para el equipo clínico que permita la evaluación a nivel de las variables presentes que permiten conocer las complejidades en las distintas áreas de la vida y el consumo.

Así mismo este enfoque permite ser un instrumento que evalúa resultados presentes en el desarrollo de un tratamiento en materia de adicciones, evaluando cada área según cumplimientos de objetivos y logros asociados a un plan de tratamiento individual.

En relación al Compromiso Biopsicosocial el grado y la complejidad de las distintas áreas de la vida de la persona y según el autor Carballada en función de las Problemáticas Sociales Complejas, debemos comprender que estas exceden las respuestas típicas de las instituciones, dado que estas fueron construidas dentro de un enfoque más homogéneo que a la heterogeneidad de éstas particularidades, reclamando respuestas singulares. Incluso cada problemática implica recorridas institucionales diversas según cada caso, es decir, la reflexión constante, el re pensar permanente del dinamismo de la realidad.

Por consiguiente, en sociedades fragmentadas la reinserción social también se inscribe dentro de las Problemáticas Sociales Complejas, dado que los sistemas clásicos de reinserción generan muchas veces mayor exclusión, o la disyuntiva de reinsertar individuos en sociedades que ya no existen a través de dispositivos que tienden más al rechazo que a la asistencia.

Según el autor Carballeda los dispositivos típicos de intervención en lo social fueron concebidos para actuar en las diferentes “capas” que construyen un problema social en forma ordenada y predefinida, Cuando las respuestas que se reclaman y que pueden generar algún tipo de transformación, o reducir el padecimiento son complicadas, diversas y se ordenan según cada situación en la que se interviene (Carballeda, 2008).

5. Interruptores y Abandono temprano de tratamiento.

Según Villa y Benavente en su texto “Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes” existen diversos Factores relacionados con el abandono del tratamiento, la literatura científica sobre los factores relacionados con la retención suele recoger dos tipos o grupos de variables que inciden en la interrupción y abandono de tratamiento.

Por una parte, las variables asociadas a los pacientes donde se suele incluir las características de personalidad del sujeto, aspectos psicopatológicos, sociodemográficas, estado de salud, incidencias legales, historia de consumo y motivación para el tratamiento como factores que inciden.

Por otra se encuentran las variables relacionadas con el tratamiento, la modalidad de atención de este, las características del programa, los procedimientos empleados, trabajo interventivo o como también el desarrollo y evolución del paciente.

En el mismo contexto las investigaciones que tratan de buscar este tipo de características en los pacientes que se encuentran relacionadas con la retención, han obtenido resultados dispares, de esta manera lo que se puede afirmar, es que este tipo de factores no son buenos predictores de la retención, en base a esto.

En primer lugar, la relación entre abandono y presencia de trastornos psicopatológicos indica que frente a una mayor severidad en este tipo de trastornos se relaciona con una menor permanencia en los programas de tratamiento y, en general, con un peor pronóstico.

Factores que inciden en la interrupción y abandono temprano de tratamiento son múltiples, ya anteriormente se menciona algunos los cuales fluctúan según la dimensión determinante del paciente en tratamiento que son razones para la causa de abandono, *“mejoría autodecidida, inadecuación del programa, mal cumplimiento, circunstancias externas, otros”* (Dominguez, Miranda, Pedrero, Perez, & Puerta, 2008).

Para estos autores los factores presentados son los más relevantes a la hora de hablar de interrupción y/o abandono temprano porque están relacionados directamente con el paciente hacia el tratamiento, su percepción de desarrollo, avances y cumplimiento de objetivos trazados como también la noción de inviabilidad del proceso terapéutico optado.

Así mismo podemos mencionar que otros estudios han encontrados variables similares a las ya presentadas anteriormente lo cual permite reafirmar la idea de factores que inciden y generan más riesgo de interrupción y/o abandono temprano en tratamiento como son la severidad de la adicción y poli dependencia, la presencia de trastornos de personalidad, trastornos psicopatológicos tanto a nivel individual y familiar , modificación en los estadios motivacionales y de cambio, sumar a ello condiciones de exclusión social y marginación , configuración social alterada , nivel económico deficitario aspectos que están relacionados con la interrupción y abandono temprano.

“Todos ellos tienen dos aspectos comunes a) se centran en la personalidad del paciente que influyen en el abandono terapéutico y b) el abandono temprano que se produce en la primera fase del tratamiento, habitualmente en los tres primeros meses de tratamiento” (Lopez, Fernandez, Illescas, Landa, & Lorea, 2008).

De esta manera se puede comprender el concepto de interrupción y abandono temprano como la acción del paciente de poder poner fin a un proceso terapéutico, a una alianza terapéutica, a la finalización de un tratarse, en esta toma de decisión, donde emerge el abandono voluntario confluyen una multiplicidad de variables, ya presentadas anteriormente las cuales

en cierta medida condicionan la decisión de interrumpir o abandonar tempranamente por parte del paciente.

Según la Norma técnica número 85 para Adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y otras drogas y otros trastornos de salud mental y las definiciones técnicas sobre las variables abandono, rescate y adherencia al programa se describen a continuación; Variable *“Abandono se relaciona con la inasistencia y/o perdida de contacto del adolescente en proceso de tratamiento y su familia con el programa de tratamiento, por un tiempo igual o mayor a un mes”* (MINSAL, NORMA TECNICA No 85, 2006).

Para efectos del presente estudio y en relación a la investigación de las modalidades de tratamiento Ambulatoria Intensiva y Residencial del CTR CRONOS, entenderemos que para efectos del programa se considerara el abandono temprano del paciente por un tiempo igual o mayor a un mes, dejando aclarado que parte de las intervenciones terapéuticas durante un mes con un paciente con un abandono prematuro son principalmente la re-vinculación con el programa y la intervención en crisis desde la experiencia del programa, sumado al acompañamiento de seguimiento con farmacología y contacto periódico con el paciente.

En la misma línea se definirá la variable rescate a las acciones específicas para conocer la situación en que se encuentra la persona y lograr recuperar la asistencia al programa de tratamiento, en el marco de la atención a pacientes NNA el plazo de espera no puede ser mayor a la ausencia a 2 sesiones consecutivas, en la misma delimitación conceptual se define como adherencia al programa de tratamiento al grado en que el adolescente cumple con las prestaciones terapéuticas acordadas.

Finalmente se conceptualiza la variable abandono cuando la persona deja de asistir al programa de tratamiento por un tiempo igual o mayor a uno o dos meses, para efectos investigativos acuñaremos el concepto de abandono temprano desde el análisis de ambas modalidades de tratamiento en un tiempo igual o mayor a uno o dos meses. La frecuencia de abandono temprano del tratamiento hallada en este estudio es similar a la reportada en otros.

Se encontraron factores asociados al abandono que se puede tener en cuenta al planear estrategias para mejorar los resultados del programa.

IV. MARCO METODOLÓGICO

1. Metodología

La presente investigación y de acuerdo a su campo de estudio está contara con una guía metodológica de enfoque cualitativo, el cual bajo nuestros criterios es el método que permite responder a nuestros objetivos planteados. De la mano con lo anterior cobra importancia el rol del investigador en esta metodología, ya que el investigador es el principal instrumento para la obtención, recolección y replanteamiento de los datos en un accionar necesario para los fines buscados y expuestos en esta investigación.

Es importante reconocer el papel que cumple el investigador en la presente investigación debido a que las aproximaciones al tema de estudio, correspondiente a los factores del Convenio N°5 población general, factores biopsicosociales y factores metodológicos que inciden en la interrupción del tratamiento, se produce por la interpretación de estos mismo. Darle énfasis a la emocionalidad y la subjetividad en el camino por crear conocimiento es *“si convenimos que todo estímulo pasa a través del sujeto, en este acto de conocer sujeto y objeto establecen una interdependencia y toda la experiencia recogida pasa por el filtro personal, entendiendo lo subjetivo como aquello que proviene de ese sujeto y no como un juicio arbitrario al momento de construir esa realidad”* (Castro & Saavedra, 2007).

Considerando estos elementos las principales características de la Investigación Cualitativa es que aporta y genera una gran riqueza de datos descriptivos, en el desarrollo de la investigación está se centra en los aspectos más importantes que tienen información significativa es un accionar simultaneo y dependiente, condición idónea para nuestro proceso investigativo, lo cual es ajustable al dinamismo del objeto de estudio el proceso progresivo permite la organización e interpretación de los datos conservando el carácter contextual.

La investigación cualitativa es básicamente subjetiva y múltiple encontrándonos con un investigador que se encuentra inmerso en el contexto de interacción que desea investigar, asumiendo que la interacción entre ambos es mutua e influye en la investigación, asumiendo que sus propios valores forman parte del proceso de conocimiento reflexionando ante ello, el procedimiento que se utilizara será en base a conceptos y categorías emergentes en forma

inductiva a lo largo de todo el proceso de investigación (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005).

Esto también significa *“que el investigador filtrará los datos a través de su visión personal situada en un particular momento sociopolítico e histórico. Nadie puede eludir la interpretación personal que acarrea el análisis de datos cualitativos”* (Creswell, 2003), el explorar y describir para luego generar aspectos teóricos tiene un sentido lógico que en el caso de nuestra investigación busca centrarse en la particularidad de un estudio de caso y de esta manera poder tener una aproximación a una perspectiva más particular de la temática expuesta.

En suma y de acuerdo a los objetivos planteados y el material conceptual aportado en el marco teórico se ha definido como un estudio de carácter exploratorio, a través del cual se busca aportar mayor conocimiento y mayores antecedentes para identificar los factores del Convenio N°5 población general y los dispositivos derivantes, factores biopsicosociales y factores metodológicos del Centro de tratamiento y Rehabilitación Cronos PAI/PR-IA que inciden en la interrupción del tratamiento por consumo problemático de Alcohol y otras drogas.

2. Enfoque o método

Desde las corrientes de pensamiento contemporáneo el enfoque epistemológico que guiara el ejercicio de recolección de datos e información de la presente investigación es el estudio de caso. Uno de los principales exponentes de la metodología desde las ciencias sociales de estudios de casos, Young en Arzaluz, manifiesta que este enfoque se caracteriza principalmente por;

“El estudio de caso suele considerarse como instancia de un fenómeno, como una parte de un amplio grupo de instancias paralelas (...) un dato que describe cualquier fase o el proceso de la vida entera de una entidad en sus diversas interrelaciones dentro de su escenario cultural –ya sea que esa unidad sea una persona, una familia, un grupo social, una institución social, una comunidad o nación-. Cuando la unidad de estudio es una comunidad, sus instituciones sociales y sus miembros se convierten en las situaciones del caso o factores del mismo, porque se está estudiando la significación o el efecto de cada uno dependiendo

de sus relaciones con los otros factores dentro de la unidad total”, hablar de estudio de casos es tomar al objeto de estudio como inter/sujeto/objeto de estudio. (Díaz De Salas, Mendoza, & Porras, 2011).

Por lo tanto, el método del estudio de caso tiene sustento en la combinación de estudiar un acontecimiento particular o un momento concreto de un fenómeno social en un determinado contexto. Las metodologías de estudios de casos particulares aportan al conocimiento dejando en evidencia factores concretos del inter/sujeto/objeto de investigación a la hora de identificar elementos centrales del problema a investigar, aporta desde su particularidad y terminan enriqueciendo la intervención social. El método de la investigación de estudio de caso es la descripción y explicación de la vida social, es decir, el estudio de caso procura explicar y comprender los *“fenómenos en los que intervienen las personas actuando en grupos organizados como unidades que reflejan los diferentes caminos para la obtención de datos”* (Idem).

La presente investigación tiene por inter/sujeto/objetivo los factores del Convenio N°5, Biopsicosociales y Metodológicos inciden en la interrupción del tratamiento en población Infanto Adolescente con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas desde la experiencia de los Profesionales del Centro de Tratamiento y Rehabilitación Cronos modalidad PAI/PR-IA, con la finalidad de realizar una descripción del fenómeno estudiado, de esta manera la recolección de datos y análisis de estos deberán estar determinados por la metodología de carácter exploratorio de la investigación.

3. Tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación se encuentra relacionado con la selección de la muestra, en la cual el investigador/investigadora es quien dirige las técnicas de muestreo de acuerdo a los objetivos centrales del presente estudio. Por tal razón las características de la muestra son cualitativas / no representativas, obteniendo una muestra no probabilística, ya que, es una muestra dirigida la cual está compuesta por agentes claves, sujetos expertos y voluntarios al desarrollo y al aporte del presente material investigativo.

4. Carácter del estudio

De acuerdo a los factores estudiados para esta investigación el propósito central del estudio de caso del Centro de Tratamiento y Rehabilitación para NNA Cronos, será conocer una unidad específica que estudia interrelaciones y los cambios que se producen y que pone énfasis en conocer los factores del Convenio N°5, Biopsicosociales y Metodológicos que interactúan en el proceso de interrupción de tratamiento en población Infanto adolescente con consumo problemático de Alcohol y otras drogas en el centro de tratamiento y rehabilitación Cronos PAI-PR/IA.

La presente investigación se basará en el tipo de estudio exploratorio, que se determina cuando el objetivo es examinar un tema de investigación poco estudiado o que no han sido estudiados anteriormente, sirven para familiarizarnos con temas relativamente desconocidos, su metodología es más flexible y son más amplios, *“estos estudios son más focalizados que los casos explicativos, su propósito es dar cuenta de una situación problemática en términos de una lógica centrada en un análisis primario del sujeto/objeto de estudio”* (Díaz De Salas, Mendoza, & Porras, 2011)

Por lo tanto, el diseño de investigación por lo tanto será de carácter exploratorio, debido a que se observará el fenómeno tal como se da en su contexto natural, sin alterar ni influir en el funcionamiento de las personas estudiadas.

5. Instrumento

La técnica que se utilizó fue la entrevista grupal semi estructurada, la cual se realizó en dos jornadas, ambas entrevistas se aplicaron a los profesionales del centro que cumplen con los criterios de inclusión/exclusión, ambas se realizaron en dos jornadas según disponibilidad de tiempo y espacio de la Institución Cronos, con la intención de poder hacer la recolección de datos de forma coherente para su posterior análisis. En las entrevistas semiestructuradas, el investigador antes de la entrevista se prepara un guion temático sobre lo que quiere que se hable con el informante, las preguntas que se realizan son abiertas, el informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado

por el investigador cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar. (Vargas, 2012)

Así mismo el investigador debe mantener la atención suficiente como para introducir en las respuestas del informante los temas que son de interés para el estudio, enlazando la conversación de una forma natural. Durante el transcurso de la misma el investigador puede relacionar unas respuestas del informante sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas (Idem).

El y la investigador/investigadora deben dirigir la guía temática y las preguntas para que la entrevista nos responda los objetivos. Las preguntas orientadoras fueron vinculadas a los objetivos de esta investigación en base a la pregunta de investigación planteada, esto permitiría obtener la impresión y la percepción de los entrevistados sobre la interrogante de los factores interruptores de tratamiento a nivel de Convenio 5 Población general y el trabajo en red con dispositivos derivantes, el predominio del compromiso biopsicosocial permanente del paciente, como también la influencia del trabajo interdisciplinar a nivel metodológico del equipo de trabajo de Centro Cronos.

6. Diseño Muestral

6.1. Caracterización de la Muestra

La muestra corresponde a los agentes claves y los profesionales del centro Cronos PAI-PR/IA, así mismo los criterios de inclusión será el nivel educacional; profesionales del área de las ciencias humanas y de la salud que se encontraran trabajando en el centro hace más de 12 meses, y que posean una experiencia laboral de a lo menos, 8 a 10 años en el área temática de Consumo problemático de alcohol y drogas Infanto Adolescente.

Criterio de exclusión para profesionales que aun cumpliendo con los criterios de inclusión se encuentren trabajando hace menos de 6 meses en el Centro de Tratamiento y rehabilitación para NNA Cronos. Los criterios de inclusión que se utilizaron son los que a continuación se describen:

- Profesionales del área de las ciencias humanas y de la salud que se encuentren ejerciendo en el área del tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas, hace a lo menos 7 años en trabajo directo con población infante adolescente.
- Profesionales del área de las ciencias humanas y de la salud que se encuentren trabajando a lo menos hace un año en Centro de Tratamiento y Rehabilitación Cronos.

6.2. Criterios de Confiabilidad, Validez, Triangulación y Saturación

La confiabilidad tiene por objetivo determinar si el investigador siguiendo la misma guía y procedimiento descrito por otro investigador y orientando al mismo estudio pueda llegar al mismo resultado y conclusiones, *“La confiabilidad se refiere a la capacidad que deberá tener un estudio de caso para obtener los mismos resultados si éste se repite en el tiempo. Es necesario que para lograr la confiabilidad el estudio de caso sea repetido siguiendo los mismos pasos del primero”*. (Díaz De Salas, Mendoza, & Porras, 2011).

A su vez la validez de los estudios de casos puede ser visto desde la validez interna y externa, para fines investigativos la presente investigación apelara a ambas, la cual *“trata de verificar si los resultados de un determinado estudio son generalizables más allá de los linderos del mismo. Esto requiere que se dé una homología o, al menos, una analogía entre la unidad de análisis y el universo al cual se quiere aplicar”* (Idem).

El primer criterio de validez fue el acompañamiento del profesor Guía, Sebastián Valenzuela Espinoza. Profesor licenciado en Trabajo social, mención Políticas sociales de la Universidad Alberto Hurtado. Magister en Psicología Social Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires, posee un diplomado en Metodologías innovativas para la intervención social y la participación social mención área salud mental de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

El segundo criterio de validez fue la validación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

En el estudio de caso se utiliza la triangulación para complementar la confiabilidad y la validez del procedimiento investigativo y los resultados obtenidos, el texto Una guía para la elaboración de estudios de caso (Idem), plantea que existe una triangulación a través de informantes que dice relación con la triangulación de la información, confrontando la opinión de diferentes sujetos integrados a grupos de informantes, como información por profesores, estudiantes y administradores sobre una categoría de análisis, por lo anterior, el ultimo criterio de validación y triangulación será:

El tercer criterio de validez será la comisión examinadora, quien revisará si la investigación presentada corresponde a los resultados esperados para una tesis de pre grado.

A su vez se aplicará el criterio de saturación, en el momento en que la investigación deje de aportar datos cualitativos nuevos, en ese instante se dejará de recoger los datos. La saturación de la información se relaciona con el momento en que el investigador/investigadora una vez realizadas un numero de entrevistas, el material y el discurso cualitativo deja de aportar nuevos antecedentes, en ese momento el investigador/investigadora deja de recoger información.

7. Plan de análisis

En esta dimensión se realiza el análisis de contenido de los resultados de la aplicación de la técnica de entrevista para recolección de información en relación al objetivo general de este estudio. Para realizar el análisis de contenido se realizaron categorizaciones.

Para esto se identifican las principales variables sociales intervinientes en el fenómeno de la interrupción de tratamiento de NNA operacionalizando las variables de los objetivos específicos, lo que genero estudiar los aspectos de la definición conceptual de manera más precisa, aportando en el marco teórico de la presente investigación.

Esa misma definición conceptual permitió la generación de categorías dentro de las variables analizadas que están relacionadas con Tratamiento en Adolescentes y Abandono temprano e Interrupción analizadas desde la línea interventiva del trabajo social clínico en el marco de la salud mental.

Así mismo se profundizó y se realizaron sub categorías por cada objetivo, permitiendo identificar de mejor forma las ideas fuerza de la investigación, este ejercicio de ordenamiento de las variables sociales intervinientes en el fenómeno, permitió organizar de forma más fluida la transcripción de la entrevista grupal semi estructurada aplicada como técnica de recolección de información a los agentes claves, para finalizar con los indicadores asociados a las variables estudiadas por cada objetivo específico.

Para realizar el análisis de los datos fue necesario hacer una recolección de datos a través de la técnica de recolección de información, la entrevista grupal semi estructurada, la cual se aplicó a los miembros del equipo que cumplieran con los criterios de inclusión.

Para esto se realizó una organización previa de los datos, es decir se revisaron objetivos específicos de la investigación, donde se reflexionó en torno al tiempo de la entrevista, de esta manera se decide realizar dos entrevistas grupales semi estructuradas, para que los tres participantes pudiesen desarrollar y reflexionar en torno a la guía de preguntas que se presentó.

Posterior al ordenamiento de las variables estudiadas en cada objetivo específico se procedió a transcribir la entrevista que se les aplicó a los profesionales del Centro de Tratamiento Cronos que cumplieran con los criterios de inclusión.

De igual forma una vez ordenada ambas entrevistas, las cuales se había realizado en dos bloques de 60 minutos aproximadamente. Se aplicó una pauta de preguntas orientadoras en relación a los objetivos específicos y sus respectivas variables, la cual se fue respondiendo entrevistado por entrevistado.

Posterior al desarrollo de las entrevistas comenzamos el proceso de preparación de los datos para comenzar a realizar el análisis, para esto el primer ejercicio que se realizó es la transcripción de ambas entrevistas. Una vez transcritas las entrevistas se comienza con la revisión de los datos a través de lectura y observación directa del documento.

Del mismo modo se organiza la información a través de la asignación de colores según ideas, identificando las ideas fuerza o segmentos de los participantes y dándoles colores según

patrones comunes. La organización de la información permitió filtrar y reagrupar las ideas centrales del discurso para así identificar las unidades de análisis otorgándoles etiquetas a los códigos representado en colores para la realización de categorías.

X. Análisis de los resultados

Para analizar los resultados de la aplicación de la entrevista se recogió el Objetivo General del presente estudio, él dice relación con:

Describir los factores inciden en la interrupción y abandono de tratamiento en Población General Infanto Adolescente con consumo Problemático de Alcohol y Drogas desde la experiencia del equipo de profesionales del Centro de Tratamiento y Rehabilitación Cronos”

Se realizaron categorías de acuerdo a cada objetivo específico planteado en la presente investigación, a continuación, se nombran y describen:

1_. Caracterizar los factores biopsicosociales presentes en los pacientes que propician interrupción y abandono de tratamiento.

1. Alteración trans-generacional del funcionamiento de los sistemas familiares.

Parte de los factores que genera mayor prevalencia a la interrupción y abandono del proceso de tratamiento, es el componente salud mental ligado a la herencia transgeneracional, el cual interfiere en el proceso de tratamiento del paciente debilitando su participación y desarrollo en todas las esferas sociales.

Desde el desarrollo psíquico del paciente es necesario considerar que el elemento adicciones se encuentra ligado a algún elemento de salud mental. El tratamiento se ve mermado por las condicionantes de las características de adolescentes población general, una larga data de vulneraciones sin reparar sumado al factor transgeneracional de conductas vulneradoras y factores de riesgo naturalizados.

Esto produce consecuencias irreversibles para los/las adolescentes, los cuales son poseedores de una condición de salud mental trastocada, por lo general en primera infancia o las primeras etapas del ciclo vital, experiencias y evento asociados a fallas y faltas continuas por parte de los cuidadores, ambiente familiar carente, deficiencias y/o ausencia de rol filial, falta de redes

sociales protectoras, escasas en el acceso oportuno a satisfacer necesidades básicas, trasciende el funcionamiento transgeneracional de los sistemas familiares.

El primer encuentro con la sociedad es a través de la familia y cuando existen familias negligentes por generaciones, el psiquismo temprano se ve trastocado generando daños y secuelas psicosociales. La transgeracionalidad se encuentra ligada a la herencia del linaje, las costumbres y tradiciones del sistema familiar, es decir, el legado de la generación de los abuelos, la generación de los cuidadores.

Sin embargo, debemos considerar también y tener en cuenta los casos con avances en la intervención, el tener figuras de acompañamientos, adultos significativos, mayores redes de apoyo en el proceso terapéutico tienden a propiciar un ambiente terapéutico más claro, donde el paciente puede ligar a algún significativo, permitiendo la identificación de conductas de riesgo y factores protectores lo que permite optimizar líneas de intervención más profundas.

En función de lo anterior los elementos que provocan mayor éxito están relacionados precisamente con los elementos familiares, los espacios familiares menos trastocados y menos vulnerados, donde existe algún referente más o menos estable que motiva constantemente la adherencia al tratamiento.

Continuando podemos identificar que el sistema familiar se encuentra supeditado a una estructura social donde la institución de la familia a través de la reproducción de los modelos de crianza ambigüos e inseguros perpetúan y agudizan las relaciones sociales frágiles trascendiendo desde lo intra personal a lo inter personal.

Lo mencionado anteriormente es el espejo de lo que sucede en el macro espacio de sociabilización con los diferentes actores sociales y eso se va transmitiendo en la naturalización de conductas vulneradoras, dejando en evidencia que el micro espacio familiar trastocado internamente sea el reflejo de la socialización de un comportamiento anti social en el macro espacio social.

“Una característica de salud mental en un paciente es la precariedad de gran parte de esas familias ha sido un factor incidente, en que cuenten con menos factores protectores para poder sobrellevar esos elementos de salud mental que se van ligando desde una edad muy temprana y producto de un montón de variables a nivel familiar”. (P1, 2018)

“Nunca se ha trabajado desde lo transgeneracional a mirar que ocurre con la familia, sabemos que encontraríamos situaciones de salud mental más graves de mayor complejidad y que siguen siendo parte de un contexto que no se puede cambiar una realidad”. (P2, 2018)

“Yo comparto precisamente que la salud mental es transversal al fenómeno de la participación y porque el joven lo interrumpe... en esta sociedad moderna que ve todo como muy atomizado porque se ve que es una familia inediatista que a raíz de sus necesidades que son múltiples, no participa en la comunidad, no participa en los colegios, no participa en ninguna área de desarrollo, ósea a mi juicio hace gravitante la decisión del chiquillo de permanecer o no en este programa”. (P3, 2018)

“Los casos menos complejos tienen algunos elementos que ellos lograron poseer y generalmente están ligado a algún familiar que ha estado presente, creo que cuando eso ocurre se nos dan las condiciones para que nosotros podamos intervenir porque hay acceso, hay mayores redes de donde tomarse y que el paciente tenga algo de realidad lo que pueda garantizar que lo pueda intervenir” (P1, 2018).

2. Aspectos del entorno y el territorio

En relación a esta categoría es importante remarcar que los factores exógenos al tratamiento propician una alta prevalencia a la interrupción del mismo, lo anterior debido a que hoy en día en la sociedad los espacios de participación comunitaria se encuentran desplazados por los espacios de consumo y socialización callejera.

Las características y particularidades de los contextos vulnerados de los pacientes atendidos más la configuración espacial de los asentamientos sociales determinan el escaso acceso a servicios básicos de atención como lo es salud integral de calidad, sistemas educacionales los cuales se adecuen a las características y complejidades de la población más susceptible.

Del mismo modo el alto nivel de segregación social propicia un alto nivel de delincuencia y narcotráfico y el desarrollo económico deficitario situándolos en gran medida, en una condición de exclusión social.

Este planteamiento está relacionado con los espacios de participación en el contexto, el cual se encuentra caracterizado por la nula o inexistente participación en áreas de desarrollo por parte de la familia, las cuales no participan en la comunidad, no participa en ningún espacio de socialización comunitaria.

La escases de espacios sociales contenedores y seguros se ha vuelto un factor de riesgo para la población de pacientes atendidos, los cuales, en su mayoría, se encuentran erradicados en las comunas periféricas de la R.M, contextos los cuales están supeditados a la exclusión y auto-exclusión endémica.

En esta categoría se perciben los elementos relacionados con la interrupción de la trayectoria educativa como un factor que prevalece en la interrupción/abandono de tratamiento en el CT Cronos.

Debemos entender que cuando se desarrolla esta categoría entenderemos la educación, más allá del aula, es decir, la entenderemos desde un tipo diferenciado de hacer educación a jóvenes que se encuentran en una condición de estar más susceptibles a diversas vulneraciones, un joven que lleva al menos entre 5 a 7 años de interrupción de trayectoria educativa, es un adolescente que se encuentra más susceptible a generar un consumo problemático, más propenso a desarrollar patologías sociales, ya que, a menor edad iniciado el consumo de sustancias mayor severidad y consecuencias negativas tendrá en el desarrollo integral y la calidad de vida de ese sujeto/sujeta.

Es la pérdida del espacio de sociabilización, espacios de convivencia social y construcción social, la disminución y perdidas de estos espacios vitales generan una mayor prevalencia al consumo de drogas, el cual trastoca al sujeto en su desarrollo integral precarizando su calidad

de vida desde las primeras etapas de su vida, es la primera alerta de daño lo que agudiza las vulneraciones.

Esta condición en la población de pacientes propicia una mayor prevalencia a la interrupción y abandono de tratamiento, ya que, se encuentran más propensos a no contar con redes de apoyo, redes comunitarias, espacios de socialización social evidenciando que el abandono e interrupción en las distintas esferas sociales son conductas naturales en su comportamiento.

“Entonces las oportunidades de socialización comunitaria se extinguieron, que le queda a un joven, un residencial exactamente donde pueda llegar a convivir con los demás de su tipo en una forma sana, pero ya protegido, porque de lo contrario en el propio sector donde él vive ya no puede jugar ni siquiera a la pelota, porque no hay con quien, y los que están, están consumiendo” (P2, 2018).

“Ligado en parte a salud mental, ligado al tema de las adicciones, ligado al tema transgeneracional, por mencionar algunos, y se le dio frente a todo esto, es una contextualización también del entorno, no hay como escapar del entorno, el micro espacio familiar vulnerado internamente y trastocado internamente es lo que vemos después en un macro espacio vuelve a ocurrir, las instituciones se ponen como sustitutos familiares”. (P1, 2018)

“Pero tiene que ver necesariamente con que como percibe la familia, como se visualiza en un contexto, ya de participación o de inclusión y eso se trasmite a los chiquillos en lo generacional, como lo decíamos recién, se va transmitiendo y más aún en esta sociedad moderna que ve todo como muy atomizado” (P3, 2018).

“pero lo sigo lamentando dentro del micro espacio, después volver afuera que es nuestro gran drama, que no ha salido, te encuentras con lo mismo, encontrarlo depende de una forma misma, ya ese es mi discurso, pero hasta el momento me ha llegado hasta ahí no más, dentro de lo que he podido estudiar y trabajar de estos 10 años, falta todo un engranaje y anclaje

mucho más potente de lo que tiene que ver con el elemento, cual podría ser el concepto social, pero digamos del tejido social (P1, 2018).

“pasa con los chicos, que por ejemplo, 3 años presenta una desadecuación escolar, y desde ahí viene la deuda que usted dice, de la deuda de los dispositivos que en ningún momento llegaron a calibrar este apoyo en estas instancias, entonces como que la pregunta es, la intervención temprana no existe, la intervención temprano realmente no es ejecutable en los momentos que deberían ser. (P2, 2018).

3. Características del perfil de Población General Infanto Adolescente.

En esta categoría se puede percibir los elementos que componen la conceptualización del compromiso biopsicosocial y las características comunes presentes en el perfil de los pacientes población general Infanto Adolescentes que interrumpen el desarrollo del tratamiento.

En este apartado es esencial tener en consideración las complejidades del perfil de pacientes, como la importancia de conocer la base del compromiso biopsicosocial y como se debe manejar a la hora de comprender las particularidades de los pacientes y el contexto del problema.

El elemento salud mental se encuentra relacionado con una de las características más potentes a la hora de levantar un perfil con una alta complejidad, así también es el elemento que propicia una mayor prevalencia a la interrupción de tratamiento, esto debido a la cantidad de ramificaciones del problema, ya que, toma en parte elementos provenientes del sujeto, a su vez como el contexto y entorno influyen en la capacidad de potenciar los recursos familiares y como estos recursos muchas se ven encapsulados por la naturalización de una condición vulneradora.

“Insisto de las vulneraciones que a gran modo vive gran parte de la población y desde los momentos más temprano de su vida, desde antes de vivir, probablemente es un tema tras generacional a eso me refiero” (P2, 2018).

“En gran parte de esas familias ha sido un factor incidente cuando cuentan con menos factores protectores para sobre llevar esos elementos de salud mental y consumo, desde lo transgeneracional en las familias se visualiza la variable salud mental y creo que están ligados a este perfil” (P3, 2018)

“para el discurso político suena bien, se hace un cierto nivel de inversión, hay muchos programas de tratamiento etc. pero, creo que lo preventivo es fundamental sobre todo en la relación materno-filial si hay tuviesen instancias de intervención más complejas de las hay hoy día quizás ese cabro chico no saldría, no desarrollaría un psiquismo tan al debe, tan en falta, y quizás se pudiese hacer un poco más”. (P1, 2018)

2_. Identificar los factores metodológicos del equipo de trabajo del CTR Cronos que propician interrupción y Abandono de tratamiento.

1. Tratamiento como espacio de contención

Desde este punto de vista de los factores que generan una prevalencia a la interrupción de tratamiento se relaciona con el espacio contenedor, en otras palabras, el compromiso biopsicosocial de estos pacientes es de una condición tan severa donde los organismos competentes no operaron cuando deberían haber presentado la alerta, provocando daños irreversibles para el desarrollo psicosocial del paciente, para esto es imprescindible humanizar el espacio terapéutico.

Lo anterior ha repercutido al tratamiento por consumo de sustancias, el cual se encuentra anclado a espacios de contención, no permitiendo abordar problemáticas de consumo propiamente tal, más bien, el tratamiento se ha transformado en espacio de resguardo, e una solución momentánea de habitabilidad y principalmente ha incidido en el abordaje

terapéutico desde la contención, provocando que las metodologías y estrategias de trabajo estén enmarcadas en promover, respetar y resguardar los derechos fundamentales de todos los pacientes que acceden a tratamiento.

“Entonces hoy en día nos encontramos con que estamos poniendo un parche a una herida o una fisura extremadamente severa, para el discurso político suena bien, se hace un cierto nivel de inversión, hay muchos programas de tratamiento, pero creo que lo preventivo es fundamental sobre todo en la relación materno-filial, si ahí tuviesen instancias de intervención más complejas de las que hay hoy en día, quizás, ese joven no saldría, no desarrollaría un psiquismo tan al debe, tan en falta y quizás, se pudiese hacer un poco más” (P1, 2018)

“Creo entonces que podríamos ser un espacio de contención, pero donde de alguna forma se puedan desbordarse y no por ello te vas a desligar de ellos” (P1, 2018)

2. Trabajo Multidisciplinario e Interdisciplinario:

Dentro de esta categoría se puede identificar que los elementos del trabajo metodológico que genera mayor prevalencia a la interrupción y abandono de tratamiento del equipo profesional del CT Cronos, se relacionan con la capacidad del individuo/profesional en la comprensión y la comunicación con los distintos campos de acción del fenómeno.

Dentro de la propuesta metodológica se promueve un método y un modelo de trabajo que aplique los conocimientos y las técnicas de las distintas disciplinas.

Sin embargo, este ejercicio en muchas ocasiones se torna dificultoso, ya que, solo es posible llegar al estadio multidisciplinario debido principalmente por el tiempo y etapa de instalación y conformación del equipo profesional, periodo en el cual ha habido atisbos donde emerge el trabajo interdisciplinario, lo cual es impulsado y promovido por las complejidades y particularidades de los casos.

Considerando que las características metodológicas del equipo de trabajo estas se encuentran establecidas desde un enfoque clínico comunitario, esto quiere decir que el foco de intervención es el paciente en conjunto con el sistema familiar y el contexto, de igual forma el tratamiento se realiza desde un modelo de intervención biopsicosocial, el cual tiene por objetivo central otorgar tratamiento integral al paciente, apostando en la búsqueda de distintas estrategias y metodologías de acuerdo a las particularidades de cada paciente, siendo el espacio de reflexión de las distintas disciplinas primordial, lo cual permite el abordaje de esta compleja problemática en el plano del tratamiento.

Dentro de un marco de apertura reciproca de las disciplinas, las cuales permiten la aplicación del método, es la intersección de cada saber con los demás, permitiendo convertir un trabajo multidisciplinario, a un trabajo interdisciplinario, el cual permite la planificación de los recursos, las necesidades y los medios propios para articular la intervención, siendo vital la reflexión entre las disciplinas.

El equipo de trabajo está aún en una etapa de convergencia, madurez, de interacción teórica y técnica que allane poco a poco el camino hacia la interdisciplinariedad, hacia una mira eclíptica de la intervención, en otras palabras, el equipo de trabajo está en camino a “saber hacer y cómo hacer” lo que apuntaría a funcionar como un equipo operativo clínico – comunitario.

“Cuando un equipo, pero primero un individuo, un trabajador trata de reflexionar acerca del que hacer, ósea del cómo hacer, y con quien llevar a cabo ese hacer, da la instancia entonces a la reflexión, da la instancia de conversación con los pares, da la instancia de hacer ese trabajo multidisciplinario pase a ser interdisciplinario, hay que hace un trabajo personal, de estar más o menos entre comillas maduro, relativamente estable, para poder escuchar de repente que se te pasaron algunas cosas, para poder escuchar de repente que la estoy cagando, para poder escuchar de repente que eso que te dicen eso era, y no era lo que estabas pensando, para poder tener una mirada sin aires de una orientación psicológica X y te dicen no esto iba por otro lado, y te dicen mira como funciono, también saber decir bueno mi escuela no es la mejor, es otra más”. (P1, 2018)

“el esfuerzo que hacemos metodológicamente que es pensar y re-pensar en tener un equipo interdisciplinario, se espera que despojándose del narcisismo se reflexione acerca de los pacientes, no hay una cuestión estática, somos dinámicos en cuanto a la visión que hay y flexibles en las limitantes que sabemos desde el perfil con el que trabajamos”. (P1, 2018)

3. Limitantes Interventivas del equipo de trabajo

En esta categoría se pueden apreciar los factores metodológicos del equipo profesional del CT Cronos que generan mayor prevalencia a la interrupción/abandono de tratamiento, los cuales se relacionan con la categoría limitantes interventivas, en la cual se establece en un marco de contexto terapéutico el cual debe tener establecido ciertos parámetros mínimos de abordaje.

Esto quiere decir que para poder entregar tratamiento y atención oportuna se debe estabilizar a los/las pacientes principalmente desde la cobertura de necesidades fisiológicas y la dimensión psicosocial para iniciar un trabajo en torno a algún motivo de consulta por consumo problemático de Alcohol y Drogas.

Entonces las limitantes interventivas están supeditadas desde lo que la particularidad del sujeto requiere, es decir, las complejidades asociadas a consumo de sustancias son las que de alguna u otra forma marcan el limite desde la intervención, complejidades que como ya lo hemos visto están ligadas al elemento de salud mental.

En resumen, es brindar atención al paciente, sin necesariamente estar recibiendo tratamiento, es resguardar su condición como sujeto/sujeta de derechos, lo cual genera una prevalencia a la interrupción y abandono del tratamiento cuando el/la profesional no tiene claro estas limitantes interventivas desde la estabilización Biológica - psíquica – social y la cobertura de necesidades básicas del/la joven existen más posibilidades de que el proceso terapéutico no sea satisfactorio.

“Winnicott cuando hablaba de pacientes anti sociales, decía; lo que ellos necesitan es un espacio de contención, pero donde de alguna forma puedan desbordarse y no por eso te vas desligar de ellos y vas a pasar a llevar ese lazo que podría estar establecido, lo que pasa es que a nosotros se nos olvida por el desgaste, cuestión que a mí me pasa, me da también una respuesta más expulsora, ya, sabes que más viejito, pesca tus cosas y ándate y estamos todos chatos, estamos todos de acuerdo, de ahí que el espacio terapéutico parte desde la humanidad del funcionamiento humano y ponemos entonces ese límite que ya no damos más” (P1, 2018)

“Estos códigos comunes y materiales que nos permitan trabajar fruto de lo mismo, cosa de ver lo que no estamos haciendo y eso nosotros si lo decimos, tenemos conceptualizaciones más potentes que una simple norma, más potente que tener un listado de chiquillos, tenemos un compromiso ético con lo que queremos y creemos para llegar a cosas”. (P3, 2018)

“Me es súper complejo a pesar de los esfuerzos que he hecho desde que estoy en el área y porque he trabajado también, a veces, mucho más allá de los límites que nosotros debemos establecer como profesionales, sobrepasando, trabajando desde la guata, trabajando desde la humanidad, trabajando desde esto no puede ser posible, tengo que hacer algo distinto y finalmente, me doy cuenta que esa también es mi ilusión que hay que ir matando, porque de súper héroe no había nada, nada en los dispositivos, ni tampoco en uno como profesional, lo cual empiezan las limitantes, lo cual es un criterio de realidad tener esas limitantes para intervenir y creo que por lo menos eso a mí me costó varios años, hoy en día lo estoy planteando constantemente, creo que algunos lo toman en consideración, lo reflexionamos al respecto, es una necesidad estar más o menos limitado”. (P1, 2018).

3_. Explicar los factores del trabajo en red que inciden en la interrupción y abandono de tratamiento.

1. Oferta de tratamiento

Parte de los factores que tiene prevalencia en la interrupción y abandono de tratamiento en población infanto adolescentes relacionado con el trabajo en red y complementariedad con

dispositivos tratantes es la respuesta paliativa de la oferta de tratamiento para una población de pacientes con problemáticas severas y complejas.

Los organismos encargados de hacer las políticas públicas y sociales deberían ajustar técnicamente el ejercicio de protección a vulneraciones de derechos desde la primera infancia y en los primeros indicadores de vulneración de la población de NNA, donde se pone la alerta es en el espacio de convivencia social.

La respuesta por parte de la política pública es tardía en torno al fenómeno social, por tanto, ese es un espacio que no se encuentra cubierto y el nivel de inversión no logra dar abasto con todas las necesidades insatisfechas, sumado a la alta gama de vulneraciones graves y reiteradas de esta población.

De alguna forma en el área de tratamiento tener clara estas limitantes es fundamental, dada la respuesta tardía con que entrega cobertura después se ve reflejado en la ejecución teórica - técnica de los distintos dispositivos tratantes en convenio.

Con ello se puede identificar que la relación entre el fenómeno social y la respuesta de las políticas públicas de Infancia y los programas que ejecutan entregan una respuesta paliativa a los jóvenes, lo que de alguna u otra forma desde el área de tratamiento hay que hacerse cargo como Centro de Tratamiento y Rehabilitación para poder optar por líneas de intervenciones más idóneas.

“Cuando trabajo por metas, hago la meta, cumplo con la meta, funcionalmente puede que lo haga bastante bien, pero lo que requiere un chiquillo para este proceso y una familia es un acompañamiento frecuente, focal, de mucho compromiso, no basta con llevarlo al programa residencial y ambulatorio, sino hay que mantener esa permanencia de intervenciones y objetivos muy definidos y complementarios con el equipo que está interviniendo” (P3, 2018)

“...a lo que quiero llegar es que la complementariedad que tiene los demás dispositivos, cual es el trabajo real que ejecutan ellos, hemos tenido infinidad de situaciones en cuanto al

contexto familiar, en cuanto al contexto barrial, de parte de los demás dispositivos, estamos hablando de un PIE, estamos hablando de un PDE, que son dispositivos que realmente aparecen en la figura de los chicos, pero que nunca tiene ningún tipo de impacto” (P2, 2018)

“pero insisto en estos casos tenemos pocos dispositivos con pocos recursos para atender muchos cabros” (P1, 2018)

2. Limitantes interventivas en el quehacer profesional.

El desarrollo técnico en el quehacer profesional de una política pública se convierte en lineamientos rígidos que se deben cumplir, es reproducir lo que se ha diseñado, es cumplir con las exigencias del convenio.

De la misma forma se identifica que existe también en el trabajo en red y complementario con los dispositivos en el trabajo interventivo dificultades de carácter más técnico, desde la ejecución de los lineamientos por parte de los ejecutores de la política de que los sustentan.

Ya anteriormente se menciona el alto nivel de complejidad presente en el paciente y la condición de vulneración desde edad temprana presentan un alto compromiso biopsicosocial los cuales se encuentran con respuestas de carácter más paliativas a nivel de políticas públicas que no logran atender situaciones de larga data de complejidad que no pueden ser resueltas en un breve periodo de tiempo.

Por tal razón es que esta categoría incide en la interrupción y abandono temprano de tratamiento desde el punto en que el tratamiento se transforma en un tratamiento paliativo, promoviendo el enfoque de derechos. Es por eso que en estos dispositivos las necesidades a nivel proteccionales no dan a abasto, generando una sobre expectativa por parte de los dispositivos derivantes en cuanto a la estabilización de los/las pacientes en tratamiento.

Teniendo en consideración que estas necesidades a nivel proteccional radican en la contención fisiológica, emocional y social del/la paciente, esta condición y estabilización está

por sobre el tratamiento por consumo problemático de sustancia, en orden por nivel daño y de riesgo.

Existe una necesidad de una labor ética en el área de las ciencias sociales, la cual se va perdiendo desde la ejecución de las políticas públicas desde lo convencional, desde los lineamientos que se transforman en intervenciones rígidas, estándar y generalizables en el marco del quehacer profesional.

Existe una responsabilidad social por parte de la Política pública en desarrollar y preparar el desarrollo profesional de los/a trabajadores, un plan de acompañamiento profesional que invierta en formación académica y ética profesional para abordar problemáticas con un alto nivel de complejidad. Es de destacar la importancia de invertir en una mayor cantidad de oferta de tratamiento y recursos, además es crucial poner énfasis en la calidad de la atención entregada.

“Tiene que ver con una política pública que es deficiente y que atiende a parche, situaciones que son altamente complejas y que no se van a solucionar de un día para otro” (P2, 2018)

“La intervención temprana realmente no existe, no es ejecutable en los momentos que debería ser” (P1, 2018)

“el obstaculizador yo lo denominaría como un hacer, como un hacer por hacer, por lo que dice SENDA que hay que hacer, por lo que dice SENAME que hay que hacer y replicarlo, cumplir con ello” (P3, 2018).

3. Ejecución de las políticas públicas

Así mismo parte de los mecanismos metodológicos del equipo multidisciplinario de trabajo se encuentran relacionados con el trabajo en red y complementario con dispositivos derivantes del convenio, el acompañamiento profesional al paciente es deficiente, falta una mayor profundización en el análisis crítico del modelo de sociedad que se construye y del

cual somos parte y hace parte el quehacer profesional, en falta constante de una re conceptualización disciplinar.

La ejecución de las políticas públicas por parte de los profesionales es deficiente, existen escasos de métodos innovadores, más bien, se caracterizan por ser profesionales tecnócratas, es decir, la realización técnica de su labor profesional, sin embargo, el análisis crítico no existe, por ende, la atención entregada a los/las pacientes son asistencialista, momentánea, simplista y reduccionista a una problemática severa y compleja.

Es así como el marco de la ejecución de las políticas públicas que rigen a los dispositivos tratantes en convenio es una reproducción de los lineamientos programáticos que los rige, la ejecución es reduccionista, se establece desde los cumplimientos de las metas, es cumplir con las exigencias de la ejecución profesional sin una conciencia ética del acompañamiento parte de ese profesional.

“Hay una deficiente preparación motivacional del joven que accede al programa y que hay un acompañamiento con unas líneas de intervención que no son precisamente muy coherentes, por tanto, al no ser coherentes, no facilitan el proceso, más bien lo obstaculizan. Ahora no creo que haya un tema de mala voluntad, si creo hay un tema casi de la política que los rige a ellos... es una acción de secuencias que ellos llevan en sus lineamientos programáticos” (P2, 2018).

“Creo que son como metas para ellos, son metas hacia las cuales ellos tienen que desarrollar un trabajo, pero no hay una conciencia profunda de ese acompañamiento y ahí se resume eso” (P2, 2018).

XI. Nuevos Hallazgos

El trabajo investigativo si bien permite respondernos nuestra pregunta de investigación como los objetivos de ella, también nos provee de nuevas respuestas las cuales responden a nuevas unidades de análisis, en este caso se puede comentar como hallazgo que es importante el aportar antecedentes a la construcción de un perfil nuevo de paciente infanto-adolescente correspondiente a población general.

Los principales resultados en tórnos a los factores que propician una interrupción y abandono de tratamiento están relacionados con las variables de trastornos de salud mental y vulneraciones graves de larga data sin reparación son elementos presentes que para el equipo de trabajo del CT Cronos son tremendamente importantes, debido a que si bien coincidimos en que parte de las características de la población general Infanto adolescente posee este nivel de complejidad, el foco central de la investigación no era perfilar dicha población.

Continuando, podemos indicar en primera instancia qué tanto el perfil de paciente de convenio N° 2 Infanto-Adolescente asociada a la ley de responsabilidad para tratamiento de drogas y alcohol como también el perfil de paciente correspondiente a convenio N° 5 de carácter más proteccionales, presentan más similitudes que diferencias tanto así que la característica basal que diferencia un perfil del otro es la cualidad de encontrarse judicializado, cualquiera puede encontrarse en una condición de infracción de ley, o al revés encontrarse en una condición de cumplimiento de causa o finalización de medida jurídica.

Ya presentada esta aclaración nos podemos referir a estos elementos que permiten aportar a la configuración de un perfil de paciente que hasta la fecha no se encuentra. Como características nos podemos referir al alto compromiso biopsicosocial severo de base, con un alto nivel de vulneraciones de larga data desde edad temprana sin una reparación correspondiente a nivel proteccional.

Debemos agregar problemáticas de salud mental presentes tanto en los pacientes como a nivel transgeneracional, naturalización de alteraciones en el funcionamiento familiar con una directa relación con el consumo de sustancias, ligado también a un entorno y contexto difícil de cambiar o evadir, con un sistema familiar trastocado donde se naturaliza el consumo de sustancia, interrupción de la trayectoria educativa, se valida la violencia y conductas delictivas, las problemáticas asociadas a salud mental no estimadas y consignadas por la familia debido a una historicidad de patologías a nivel familiar que en algunos casos representa tercera o cuarta generación desde la línea familiar.

Este paciente al encontrarse vulnerado y trastocado internamente como externamente, un alto porcentaje de ellos se convierten en un usuario al cual le sustituyen a la familia por las instituciones las cuales son garantes de su cuidado y protección, estas condiciones más las mencionadas anteriormente en relación a las vulneraciones internas de larga data no permite comprender en cierta medida por qué ese tipo de vulneraciones vuelven a ocurrir en un macro espacio social e institucional.

Por tal razón podemos indicar las características que configuran en cierta medida el perfil de paciente correspondiente a convenio N°5 población general infante - adolescente presenta una alta vulneración de derechos, un contexto familiar que trans generacionalmente gravita problemáticas de consumo y salud mental, un tejido social deficitario con una alta exclusión social endémica que finalmente se transforma en un compromiso biopsicosocial severo y donde las ofertas programáticas e interventivas en algunas ocasiones no pueden responder a las necesidades del pacientes y sus requerimientos a nivel de trabajo preparatorio o de tratamiento.

XII. Conclusiones

Podemos concluir que en virtud de los antecedentes entregados por los profesionales del Centro de Tratamiento Cronos de la comuna de San Ramón se responde la pregunta de investigativa y el cumplimiento del objetivo general de investigación, ¿Cuáles son los factores que inciden en la interrupción/abandono de tratamiento en Población General Infanto Adolescente con consumo problemático de Alcohol y Drogas desde la experiencia de los profesionales del Centro de tratamiento y Rehabilitación Cronos Programa R.M.?.

Como resultado lleva a abordar primeramente esas necesidades no resueltas en el paciente, esas problemáticas no tratadas o pendientes de cerrar interventivamente , terapéuticamente, para que posteriormente poder abordar desde la línea interventiva de tratamiento correspondiente al dispositivo tratante, que en algunos casos ese periodo de compensación y estabilización está centrado en la atención de esa problemáticas, la resolución o compensación de ella , se pierde el motivo de consulta, la motivación, emerge la prevalencia a la interrupción/abandono de tratamiento, así refiere el informe razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica

El escenario interventivo se encuentra en esta condición, la cual necesariamente se debe estabilizar al paciente, compensarlo física y psicológicamente para pasar en ese momento a un contexto terapéutico de atención para el paciente, lo que lleva en algunos casos a responder tardíamente, o no se logra compensación alguna o reducción de daño propiciándose la interrupción o el abandono de tratamiento.

Otro factor es el presente en el paciente que comprende, entiende y utiliza el tratamiento como un espacio de contención terapéutica y nada más que eso, el alto compromiso biopsicosocial, la disociación social, la descomposición de su psiquismo, el encontrarse con una suerte de realidad desprovista de toda contención social, familiar, afectiva presente en pacientes infanto-adolescente población general.

Estos pacientes ven en este tipo de dispositivos como un espacio de contención y desborde, que de acuerdo a la complejidad del caso y sus particularidades en momentos y situaciones se desestima la opción interventiva como una estructura con un fin específico y se da pie a la humanización del trabajo, respondiendo en la inmediatez conteniendo la crisis, trabajando en ella, conviviendo con ella.

En síntesis, la pregunta de investigación da respuesta, los profesionales del centro de tratamiento responden a la pregunta de investigación, en el proceso investigativo se logra identificar, caracterizar, describir los factores inciden en la interrupción y abandono de tratamiento de droga y alcohol en población infanto-adolescente, estos factores oscilan en los niveles de construcción de Estado, las políticas públicas sea su área de ejecución y diseño técnico, entorno y contexto como determinantes.

Los componentes y particularidades de un ser social con una multiplicidad de problemáticas, dispositivos de atención que no dan abastos u otorgan cobertura a las necesidades presentes en los pacientes pasando a ser dispositivos contenedores de intervenciones paliativas, las limitantes interventivas y el trabajo técnico por nombrar algunos son factores que inciden y generan mayor prevalencia en la interrupción y abandono de tratamiento de alcohol y drogas en población infanto-adolescente.

XIII. Aportes al Trabajo Social

El trabajo social es una disciplina que se encuentra en constante interacción con el medio social dinámico que se transforma continuamente, es una disciplina que tiene el deber de abordar y dar atención a distintas complejidades o problemáticas presente en los pacientes y de esta manera orientar y/o acompañar en la resolución de estas problemáticas, diagnosticando, comprendiendo el medio y contexto social en el cual se determina el fenómeno. Las interacciones sociales que se generan allí, el funcionamiento social a nivel individual, grupal y medio externo son condiciones gravitantes para conocer y comprender el fenómeno social en gran parte de sus dimensiones.

La investigación proporciona una vasta información como para comprender que gran parte de los factores que propician una interrupción y abandono de tratamiento se encuentran situadas en los factores del compromiso biopsicosocial del paciente dentro de las dimensiones de trastornos de salud mental y alteraciones en funcionamiento familiar. El quehacer profesional de la disciplina conlleva el desarrollo teórico-práctico de la praxis profesional, la confección y ejecución de las políticas públicas en una instancia más institucional, como también el diseño metodológico y gestión de la intervención social a nivel de tratamiento y salud mental.

Es importante destacar que los aportes interventivos de la presente investigación a la disciplina del trabajo social es la obtención de un conocimiento particularmente único en torno a la experiencia del desarrollo del perfil profesional, llevando a dar relevancia a la toma de un rol y posición más protagonista en las acciones tanto interventivas como metodológicas en el caso de la línea temática de tratamiento en alcohol y drogas y salud mental.

Desde el desarrollo del rol profesional el cual implica la practica en el plano clínico desde la dimensión individual, familiar y a nivel de redes, es la acción de un aparato en conjunto, el cual se enriquece por los diagnósticos de los distintos campos disciplinarios, el área clínica desde la psiquiatría y la psicológica dependen de alguna forma que el área del trabajo social

opere desde la compensación social del paciente, aplicando técnicas de socio-educación, elaboración de metodologías de trabajo y jerarquizar por niveles de intervención, el trabajo en red tiene que ver con un estadio superior de comunicación entre instituciones, es labor del trabajador/trabajadora social ser el/la portavoz de la comunicación entre los dispositivos.

Por otra parte también creemos en la necesidad de realizar investigaciones y teoría desde el trabajo social y en particular en este tipo de fenómeno y problemática asociadas, compartir las experiencias desde el quehacer disciplinario, con la finalidad de compartir resultados arrojados desde el ejercicio teórico-práctico de la disciplina, observaciones y orientaciones técnicas que hagan frente a dificultades y dilemas éticos y técnicos que permitan por un lado comprender de mejor manera el estado y realidad del paciente y por la otra tener la capacidad de orientar y referenciar intervenciones que posibiliten soluciones en el que hacer clínico-comunitario orientados hacia el paciente.

Finalmente el aporte dentro de la disciplina del trabajo social generar una homologación con los conocimientos previos ya adquiridos en el proceso académico formativo dialogue con la experiencia investigativa, esto permite el ejercicio reflexivo, teórico y práctico, desarrollar aspectos metodológicos, auto-formación, profundización teórica, flexibilidad interventiva posibilita la construcción de nuevas estrategias interventivas que genere impacto en los pacientes propiciando un campo de acción que asegure una intervención de calidad, la tipificación de un perfil y protocolos de atención, la generación de antecedentes y conocimiento nuevo.

En el campo de las nuevas preguntas o nuevos desafíos de investigación resulta la necesidad de poder ligar investigaciones al campo de la salud mental y consumo de alcohol y drogas, por el motivo que es un espacio poco estudiado y desarrollado en el quehacer profesional, es escaso el desarrollo de conocimiento teórico desde la disciplina trabajo social, más cuando hablamos de trabajo clínico en la dimensión de los trastornos de salud mental y consumo de drogas.

Desde este punto de vista es propicio seguir realizando investigaciones en base a los trastornos de salud mental asociado a consumo problemático de drogas en contexto de vulneraciones severas, es deber de la disciplina posicionarse, articular, diseñar, proponer trabajo interventivo desde un enfoque interdisciplinario de trabajo social-clínico. Otro punto interesante a desarrollar es la posibilidad de instalar y plantear a nivel de políticas públicas nuevos criterios evaluativos que permitan comprender nuevas complejidades, limitantes interventivas, que reconozca la capacidad o incapacidad de entregar atención a una población de pacientes con un alto nivel de riesgo y daño que requieren de mayor especialización y tecnificación a la hora de ofrecer tratamiento.

IXV. Bibliografía

- abusive, N. I. (07 de octubre de 2018). Obtenido de drugabuse:
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion>
- Alvarez, C. (1996). *Los jóvenes, Las Drogas y El Alcohol. un estudio de sus representaciones Sociales*. Santiago de Chile: CIDE.
- Ander-Egg, E., & Follari, R. (1993). *Trabajo Social E interdisciplinariedad* . Buenos Aires : Hvmánitas .
- benavente, V. &. (2000). *Predictores de la retencion en una comunidad terapeutica para drogodependientes*. Oviedo : adicciones.
- Brugué, Q., Canal, R., & Payà, P. (2009). Inteligencia Administrativa para abordar problemas malditos . *IGOP (Institut de Govern i Polítiques Públiques)*, 2, 3.
- Carballeda, M. (octubre de 2008). *Periodico de Trabajo Social y Ciencias Sociales* . Obtenido de Margen Edicion n°48 Verano 2008: <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Cardozo, M. (28 de Julio de 2011). *scielo*. Mexico : Nueva epoca, UAM. Obtenido de www.scielo.org:
<http://www.scielo.org.mx>
- Castro, a., & Saavedra, E. (2007). La investigación cualitativa una discusión presente . En S. E. Catro Ana, *La investigación cualitativa una discusión presente* (pág. 65). Lima, Peru: LIBERABIT .
- Castro, J. S. (lunes de noviembre de 2018). *investigacion cualitativa*. Obtenido de google:
<https://slideplayer.es/slide/3178675/>
- CONACE, M. d. (2004). *Drogas " tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes*. Santiago: Area tecnica de tratamiento y rehabilitación.
- Contraloria, G. d. (2017). *Cursa con alcances resolución N°61, de 2017, del servicio Nacional para la prevención y rehabilitacion del consumo de drogas y alcohol (SENDA)*. Santiago: Unidad Juridica.
- Contreras, H. M. (2006). Principales Modelos para la intervencion de trabajo social en individuo y familia. En M. A. Hermosilla, *Principales Modelos para la intervencion de trabajo social en individuo y familia* (pág. 32). Santiago: UTEM.
- Creswell, J. W. (2003). *A Framework for Design. In Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* . California: Traducccion Jose Jesus Alvarado & Arturo Guzman Arredondo.
- CRONOS. (22 de octubre de 2017). Norma tecnica. NT. Santiago.
- CRONOS. (31 de diciembre de 2018). Ficha de Monitoreo de Resultados de Tratamiento. *Programa Adolescentes General PAI-PR/IA*. Santiago, R.M.

- Damin, C. (2017). *Abuso de sustancias psicoactivas, un problema de salud Publica*. Buenos Aires: Faculta de Medicina UBA.
- Díaz De Salas, S., Mendoza, V., & Porras, C. (2011). *Una guía para la elaboracion de estudios de casos*. Latinoamerica: Razon y palabra.
- Dominguez, L., Miranda, D., Pedrero, J., Perez, M., & Puerta, C. (2008). *Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atencion a Drogodependientes*. Madrid: Instituto de Adicciones. Ayuntamiento De Madrid.
- drogas, O. c. (1 de diciembre de 2016). Decimo Primer Estudio de Drogas en Poblacion Escolar 2015 de 8° basico a 4° medio . *Decimo Primer Estudio de Drogas en Poblacion Escolar 2015* . Santiago , Chile.
- Egg, E. A. (1990). *Repensando la Investigacion Accion Participativa* . Vasco: Departamento de trabajo y seguridad Social.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas* . Madrid: Alianza Editorial S.A .
- Federico, M. O. (1998). Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en salud mental. *Revista Asociación Española Neuropsiquiaria* vol. XVIII, n°65 , 145-150.
- hernandez, s. R. (2006). *Metodologia de la investigacion V edición*. Mexico D. F.: Editorial Mexicana.
- Huaiquiche T., B. C. (2016). Trabajo social y practica individualizada - familiar en salud mental; una murada analitica y sociohistorica. *Revista electronica TS, Universidad de Concepcion* , 47.
- Laparra, M. (2008). *Exclusion Social en España, un espacio diverso y disperso en intensa transformacion*. Madrid, España: Caritas Españolas.
- Lopez, J., Fernadez, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, E. (2008). *Razones para el abandono del Tratamiento en una Comunidad Terapeutica*. Navarra: Departamento de Psicologia y Pedagogia. Universidad de Navarra.
- lopez-lbor aliño, J. J. (2001). *DSM-IV-TR " Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales"*. Brcelona: Masson.
- Maturana, H. A. (2011). Consumo de alcohol y Drogas en adolescentes. *Revista Medica Clinica Las Condes.*, 102.
- Ministerio del interior y Seguridad publica, M. d. (2015). *Tratamiento y Rehabilitacion para Niños y Adolescentes con consumo Problematico de alcohol y otras drogas "Informe de descripción de Programas Sociales"*. Santiago: Mnisiterio del Interior y Seguridad Publica " Servicio Nacional para la prevencion y Rehabilitación del consumo de dorgas y alcohol".

- MINSAL. (03 de abril de 2006). NORMA TECNICA No 85. *PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS Y OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL*. Santiago, R.M.: MINISTERIOS DE SALUD .
- MINSAL. (12 de diciembre de 2013). Guía Clínica AUGE. *Consumo Perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años*. Santiago, Chile, R.M., Chile, R.M.: Subsecretaría de Salud Pública.
- MINSAL. (2015). Orientaciones Técnicas. *Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescente.*, 5. Santiago, R. M.: Subsecretaría de salud Pública.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Norma Técnica N°85 Para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Montecinos, E. E. (2007). LÍMITES DEL ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DEFINIR UN “PROBLEMA PÚBLICO”. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 332, 333.
- Moulian, T. (1998). *El consumo me consume*. Santiago: LOM.
- O.M.S, O. M. (25 de Enero de 2018). *Obtenido de Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS. (25 de Enero de 2018). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- P1. (10 de noviembre de 2018). Entrevista grupal semi estructurada. (B. Sanchez, & B. Delgado, Entrevistadores)
- P2. (10 de noviembre de 2018). Entrevista grupal semi estructurada . (B. Sanchez, & B. Delgado, Entrevistadores)
- P3. (10 de noviembre de 2018). Entrevista grupal semi estructurada. (B. Sanchez, & B. Delgado, Entrevistadores)
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de Psicología*. Barcelona: editorial labor S.A.
- Pons, J., & Berjano, E. (Junio, 1999). *El CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA: UN MODELO EXPLICATIVO DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL*. San Juan de Alicante.
- Prieto, A. T. (2017). Drogodependencias en el adolescente.Actuación desde la consulta. *Curso de Actualización pediatría 2017* (págs. 493-501). Madrid: Lua Ediciones.

- Psiquiatria, R. d. (miercoles de noviembre de 2019). *www.minsal.cl*. Obtenido de *www.minsal.cl*:
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>
- Quezada, M. R. (2001). Perspectivas Metodologicas en Trabajo Social. En M. Quezada, T. Matus, N. Rodriguez, L.Oneto, D. Paiva, & M. Ponce, *Perspectivas Metodologicas en Trabajo Social* (pág. 77). B.Aires: Espacio Editorial.
- Quinteros, A. (2011). *Diseño de proyectos de*. BAires.
- Ramón, I. M. (s.f.). *municipalidadesanramon*. Recuperado el 02 de mayo de 2018, de
<http://www.municipalidadesanramon.cl/comuna/>:
<http://www.municipalidadesanramon.cl/comuna/>
- Revista Pediatría Atención Primaria. (19 de marzo de 2019). *scielo*. Obtenido de scielo:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- Saiz, J., & Chévez, A. (2009). La intervencion socio comunitaria en sujetos con trastornos mental Grave y Cronicos: Modelos Teoricos y consideraciones parcticas. *Colegio oficial de psicologos de Madrid*, 76,77.
- Salas, D. d., Mendoza, & Porras. (2011). Una guía para la elbaoracion de estudio de caso. *Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación*, 13.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). Manual de metodologia Construcccion de marco teórico, formulación de los objetivos y eleccion d ela metodologia . En P. B. Sautu Rut, *Manual de metodologia* (pág. 40). BAIRES: CLACSO.
- SENDA. (10 de abril de 2018). Recuperado el 10 de abril de 2018, de Ministerio del Interior y Seguridad Pública: <http://www.senda.gob.cl/tratamiento/>
- SENDA. (2018). *Área de Tratamiento y Rehabilitación. Informe Anual 2017. Informe de Evaluacion Tecnica*. Santiago: SENDA.
- SENDA. (2018). *Informe Semestral 2018. Evaluacion Tecnica. Convenio SENDA-MINSAL*. Santiago 2018: SENDA-MINSAL.
- SENDA. (25 de Junio de 2018). *Servicio Nacional para la Prevencion y Rehabilitacion de Drogas y Alcohol* . Recuperado el 2017, de Ministerio del Interior Y Seguridad pública : www.SENDA.gob.cl
- SENDA. (Julio, 2015). INFORME PRIMER SEMESTRE. *Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas. ÁREA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN SENDA*. Santiago, CHILE: SENDA.
- Vargas, J. I. (2012). LA ENTREVISTA EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: NUEVAS. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 125, 129 .

Villa, s., & Benavente, M. (2000). *Predictores de la retencion en una comunidad terapeutica para drogodependientes*. Oviedo: adicciones.

XV. Anexos

a) Transcripción entrevista grupal semi-estructurada

P1 RG

Entonces hay una alta rotación y eso afecta obviamente también al paciente o el sujeto de atención. Las instituciones trabajan con metas, nosotros no somos la excepción, tenemos que tener cierta cantidad de pacientes para que nos lleguen las Lucas y eso siempre lo he sincerado, porque así es, no puedo esconder algo que es del funcionamiento, necesitas que te lleguen las Lucas para atender a todos los pacientes y para eso hay que poder ser para que lleguen los pacientes. Si tiene ese elemento de empresa, como se le quiera llamar, cachay, distinto es, marcar la diferencia y que te hagas un empresario al respecto y que tu foco se ese y que se pierda el elemento clínico.

Entonces, bueno, y creo que, ahí comparto con mis compañeros, el obstaculizador yo lo denominaría como un hacer, cachay como un hacer por hacer, por lo que dice el manual, por lo que dice SENDA que hay que hacer, por lo que dice SENAME que hay que hacer, y replicarlo, cumplir con aquello. Cuando un equipo, pero primero un individuo, un trabajador trata de reflexionar acerca del que hacer, ósea del cómo hacer, y con quien llevar a cabo ese hacer, da la instancia entonces a la reflexión, da la instancia de conversación con los pares, da la instancia de hacer ese trabajo multidisciplinario pase a ser interdisciplinario.

Hay que hacer un trabajo personal, de estar más o menos entre comillas maduro, relativamente estable, para poder escuchar de repente que se te pasaron algunas cosas, para poder escuchar de repente que la estoy cagando, para poder escuchar de repente que eso que te dicen eso era, y no era lo que estabas pensando, para poder tener una mirada sin aires de una orientación psicológica X y te dicen no esto iba por otro lado, y te dicen mira como funciona, también saber decir bueno mi escuela no es la mejor, es otra más. Bueno, todos esos elementos creo que son difícil de desarrollar y encontrarse también en diferentes instituciones.

Entonces desde ahí cuando trabajamos con otros dispositivos, yo también he caído en eso, rápidamente el hacer sin una pseudo claridad al respecto, cachay, yo creo que ese es un, obstaculizador y que depende en gran medida de quienes co-existen en esa institución opere, cachay, porque no va a depender del director, el director de hecho lo que más pudiese hacer, es cuartar que el equipo opere, es decir, que le tenga que decir como son las cosas, y ahí es donde menos funcionalidad hay, por que el director toma más el lema institucional y lo puede poner en practica con tal de quedar bien con la institución que esta atrás o quien de alguna

forma esta subvencionando, cuestión que desde un criterio correcto tenemos que hacer, pero si el dispositivo se conforman, de acuerdo a las realidades y posibilidades y la oferta de cada uno de los profesionales quizás los obstaculizadores serían menos.

Y algo más puntual hoy en día si es vamos a hablar de convenio 5 población general, niños, niñas y adolescentes, hicimos con SENAME protección, donde nos encontramos con los PDC, programas que interrumpen o intentan interrumpir el consumo de drogas, y que están también dentro de la línea 24 horas desde SENAME protección, también esos dispositivos si es que se los pedimos, SENAME también cuenta con PIE, que se va encargar entonces de trabajar con la familia, PIE también tradicional, si la atención se complicó hay PIE 24 horas que son especializados de por medio, y que si tiene problemáticas de consumo los derivan entonces a PDC, ya, llegamos entonces al PDC, y al multi sistémico, que son los que trabajamos, pero PDC son los programas que pasan a atención de ambulatorio básico, porque tienen una cantidad de recurso humano parecida a la nuestra y trabajan con 60 – 65 pacientes, ya, inviable.

Entonces está puesto el dispositivo y si tú me dices y miras desde arriba, te las das de dios y miras desde arriba vas a ver que están los dispositivos, vas a decir se preocupan de los cabros y que el PIE derivan para allá, mira como las líneas se mueven, así haces un gráfico de alguna muestra, en ese sentido de programa como se le quiera llamar, miras que la cuestión está funcionando, las derivaciones se hacen para allá y para acá y aportas porque te pasas el rollo de que estás haciendo las cosas y que es tan complejo lo que dibujaste que mira en lo que estamos, y ahí entramos los que trabajamos en el área y te das cuenta de que si, hice las derivaciones, me funcionan, es parte de la complementariedad, en realidad tenemos ciertos criterios de ingresos, trabajamos en complementariedad, etc., pero insisto en estos casos tenemos pocos dispositivos con pocos recursos para atender muchos cabros.

Finalmente, después están tan desgastados, que se ocupan de visualizar el tema, bueno que mantengan la pega seria, y para eso hago los terrenos que tengo que hacer y después cuando llego contando que hice 10 terrenos, ¿ya y que hiciste?, puta pase a cumplir, si soy sincero, si la persona es sincera te dice pase a cumplir, no me queda otra, clon estos cabros no hay nada que hacer. Y los programas de SENDA, yo diría que tienen una diferencia importante con los de SENAME de que hay una reducción, en costo económico para instalar con los

dispositivos y todos los profesionales, que ahí son los mínimos para poder intervenir una forma relativamente idónea, si por que iba a decir digna, pero suena como muy tirado al piso, si po, idónea.

El tema es como los privados y lo no privados utilizan esos recursos y para que decir los que han creado más posibilidades en lo posible, porque nosotros llegamos y distribuimos, acá, la diferencia con un público donde esos mismos recursos que entrega SENDA o nuestro, como el ambulatorio, se los dan por ejemplo, al CRS de Pudahuel, que está dentro del mismo CESFAM, donde las platas llegan al servicio de salud, y ellos distribuyen, cachay y no les llegan las platas directamente al programa, tendría que llegarle, por eso ese tipo de programas, todo esto lo estoy editando, ese programa decidió no contratar psiquiatra como 8 meses y trabajaron sin psiquiatra, cachay, e iban a hablar con la jefa, y la jefa del área de salud, no tengo idea, quien habrá sido, del CESFAM, no que ellos se las arreglen, por ultimo llama al psiquiatra que tenemos acá a los cuales podían optar, pero en un horario muy reducido, bla bla bla, tampoco con experiencias de adicciones, entonces, todas esas complejidades, que las ve un persona común y corriente, de alguna u otra forma nos pueden llegar a nosotros.

Pero insisto, dejando de ser más llorón, tenemos posibilidades de intervenir de una forma idónea, o intentando que lo más idónea, y eso terminaría siendo que el paciente tenga acceso a salud, en esta área, salud mental y ligado a las adicciones, los pacientes, de forma fluida que tenga un espacio decente, donde se les atienda, donde tengan también profesionales capacitados, para lo que supuesta estamos haciendo, somos entre comillas especialista en el área de las adicciones y salud mental, entre todos tratamos de ser especialista, cada en su área aporta una parte, y desde ahí pudiese, digamos ocurrir algo

Pero lo sigo lamentando dentro del micro espacio, después volver afuera que es nuestro gran drama, que no ha salido, te encuentras con lo mismo, si porque estamos probando hasta que, por eso mismo, encontrarlo depende de una forma misma, ya ese es mi discurso, pero hasta el momento me ha llegado hasta ahí no más, cachay, dentro de lo que he podido estudiar y trabajar de estos 10 años, falta todo un engranaje y anclaje mucho más potente de lo que tiene que ver con el elemento, cual podría ser el concepto social, pero digamos del tejido social,

del tejido social llegar y ya estar afuera, tengamos sin dispositivos más que te puedas alinear en una situación compleja para que en ese espacio.

La solución cual era, si estaba relativamente claro, por lo menos, un parche era que pudiésemos confiar en SENAME, como que SENAME iba a llegar y te ´pudieses terciar con, sal de tu casa y anda a SENAME, y uno pudiese pensar cómo llegar acá, va a estar en su casa, lo va a estar atendiendo el profesional, no, te cuestionas si mandarlos al CREAD o que se quede consumiendo Pasta Base afuera de su casa, porque va a consumir, va a entrar a la casa, que tiene donde dormir y que no se lo van a violar, porque igual se lo van a violar en la calle, pero en el CREAD o cualquier programa de SENAME RESIDENCIAL, no tienes ninguna una seguridad e históricamente esa es la representación mental que nos hemos hecho, entonces, es una pata fundamental si trabajamos con Niños, Niñas y Adolescentes que ha sido vulnerado y que para estar en una condición como la que nos llega a nosotros, tienen que haber pasado por un montón de vulneraciones, SENAME protección no apareció en el momento que tenía que aparecer, si esperamos por eso 20 o 40, 50 años más valla mejorando y estos programas fueron parte del circuito de aquellos que se fueron saliendo, pero sin embargo venían con menos vulneración, menos trastocados, pueda intervenir acá y puedan retornar después a un espacio social o micro espacio social, un poco más contenedor y si no contemos muchas veces con un SENAME que haga la pega, un SENAME RESIDENCIAL que te de confianza mandar al cabro chico, porque hay una metodología de trabajo, porque hay recurso humano, pero no tiene nada de eso, (Alejandro), que sea un lugar de apoyo, (vuelve Rodrigo), que te de confianza, si es el Servicio Nacional de Menores, la protección, entonces eso no lo tenemos, y por eso y por tantas falencias, y elementos angustiosos, es que a rato hacemos más de lo que debiésemos hacer, cachay, y ese mas, significa salirse de lo profesional y empezar a hacer pega de tío, de papa, de abuelo, buscando como sea la protección del cabro, sin ser necesariamente el foco, pero aparece el lado humano, y me parece bien que sea, que ha rato surja, porque hay una necesidad y no hay otra alternativa, y que tenemos que seguir interviniendo, por un tema habitacional a pesar de no ser un espacio para cumplir o satisfacer esas necesidades, pero bueno, eso. (Termina su exposición).

(Alejandro)

A mí me deja dos, ósea, obviamente dentro de todo lo que hay una gran variedad de focos, para detenerse a mirar ahí un rato, la falencia, como un criterio de realidad, de lo que es trabajar directamente con los chicos hoy en día, pero fíjese que, al inicio, el tema de qué pasa con los chicos, que, por ejemplo, 3 años presenta una des-adecuación escolar.

Dsde ahí viene la deuda que usted dice, de la deuda de los dispositivos que en ningún momento llegaron a calibrar este apoyo en estas instancias, entonces como que la pregunta es, la intervención temprana no existe, la intervención temprano realmente no es ejecutable en los momentos que deberían ser, porque si un chico en una condición, que ya viene a ser parte de una básica y a temprano dos años de básica está desertando, yo creo que tiene que estar el dispositivo ahí pegado, de inmediato, haciendo un trabajo con una figura, con un paciente, con un chico, adolescente, usuario, como lo quieran determinar que es de mucha más adquequibilidad al dialogo, a la intervención, a la contención, y sobre todo a una línea inteventivas apropiada y eso todavía no está.

He conocido casos durante el tiempo que llevo, la abuela del chiquillo, de 6 años, pero que las evaluaciones de Híper actividad y déficit atencional, son a partir de un médico, que solamente lo sienta y le dice quédate quieto y si el chico no se queda quieto tiene híper actividad y desde ahí Ritalin o que el chico, lamentablemente para dormir le tienen que dar Quetiapina, y le está dando Quetiapina a los 6 años, sin ni siquiera una recete, sin ni siquiera una evaluación, específicamente de un médico Infanto Adolescente.

Entonces desde ahí, hay una intervención temprana sin ejecutarse todavía, hay una intervención de parte de los dispositivos que no se está dando y que llega a ser la secuela de estos chicos, que ya vienen trastocados como usted dice, y que cuando llega con nosotros, realmente no hay mucho de donde tomar y, es más, el trabajo es casi re significar, ni siquiera ya es intervenir, fijase que ya es re significarle la idea de lo que tiene hasta el momento de daño y como sigue viviendo con su daño.

(Rodrigo) más tolerable, (vuelve Alejandro) exactamente, siempre con la idea de cómo le damos a entender a él de que su realidad es esta y que independientemente de que le guste o no, y desde ahí el panorama se vuelve mucho más nefasto, mucho más como decirlo, más perverso a la hora de intervenir, eso por un lado le genera a uno una forma de inseguridad

hasta qué punto yo voy a darle respuesta o que puedo buscar por intermedio de una intervención que yo logre junto con el joven encontrar una respuesta a su problema, porque en cierta forma un en la misma terapia no le da la respuesta, le ayuda a encontrar la respuesta que él tiene, por lo que yo he entendido a nivel de intervención, entonces a partir de ahí, si hubiese una intervención temprana a partir de temática puntual, porque desarto, cual fue la temática puntual, que puede ocurrir desde lo más mínimo, que puede ocurrir hasta de un Bulling, que ocurre con eso, cuando se interviene, cuando se llega a tener claro el panorama desde ahí, que fue lo que le afectó al joven, como se hace un proceso retroactivo para que él haga una reparación con respecto a esta temática, que no genere lo que tenemos hoy en día un adolescente infractor de ley con consumo problemático de drogas.

Porque eso es lo que ocurre, y lamentablemente, fijase en una cosa bien tétrica que a mí me ocurre, que chicos que en algún momento yo conocía en consultorio o en programa ambulatorio intensivo hoy en día yo me doy cuenta que están pagando condena, y que en muchos de los dispositivos ocurre esta situación, incluso deja de ser profesión y vocación, llega a ser muchas veces como una naturalización de que el joven que comenzó con consumo problemático le queda solamente un poco y eso es Santiago Uno, nada más, el chico que hizo, quedo en Santiago Uno, y desde ahí bajar los brazos es lo más ético, definir que ya no hay una política de intervención correcta para él es lo más correcto al parecer para los demás dispositivos y lo digo porque lo he visto en muchas instancias, por ese lado a uno le genera un gran desconcierto, por el cómo tener que trabajar y desde ahí un trabajo que está en deuda es el trabajo a nivel familiar, a mí me llamo la atención la política que tiene el Reino Unido es bien interesante, la política del Reino Unido involucra, y con esto me pego a lo que usted decía de las políticas de Australia, lo que fue España que fue el que comenzó a trabajar en esta temática de infracción de ley, consumo problemático, ellos son los fundadores de todo este panorama de trabajo y allá llegaron a tal instancia de entender que la responsabilización judicial no era del adolescente, la responsabilización judicial era del adulto, porque el adolescente está en un proceso que si nos tomamos del aprendizaje del desarrollo y desde la naturalización de la rebeldía, la transgresión de normas, el no límites.

Estamos hablando de un adolescente, un adolescente tiene todas esas características hasta que genera la infracción de ley y ahí estamos hablando de una problemática a nivel de

política, que es distinto, pero un chico es transgresión, es infractor de las propias normas del hogar, tiene transgresión de la norma, tiene un compromiso Biopsicosocial que cuando él quiere puede lagar a transformarlo en severo, donde puede colocarse en el peor de los riesgos, puede llegar a tener conductas agresivas, parte del mismo desarrollo del adolescente, pero quien regula, quien mantiene esa condición es el adulto, es él que regula, es el que se mantiene a la par respecto del monitoreo y si ese adulto en algún momento no monitoreaba a cabalidad lo que significaba para él tener un adolescente, un menor a su cuidado el gobierno a quien llamaba era a él, por ejemplo, el joven generaba un delito, al chico lo tomaban detenido y después le decían donde vive usted, usted vive en tal lado, perfecto, ahí llegaban, usted es el padre de este joven, si, perfecto, está detenido, y porque?.

Porque su hijo cometió un delito, pero porque si lo cometió él, si pero usted es el adulto responsable, y era el que tenía que estaré en todos los procesos de seguimiento familiar, y ahí estaba lo que era la recuperación de vínculo familiar, y la recuperación de vínculo familiar significaba esto; involucrar al joven, acompañarlo en el proceso y donde él que daba fe de todo lo que estaba realizando el hijo era el padre, a partir de esto claramente, se hacía un monitoreo a la figura que es de contención, y el trabajador social no intervenía sino hasta que el joven estaba realmente dispuesto a ser parte de un proceso donde se involucraba al padre, pero hay un adolescente que decía en qué momento se quería vincular, aquí fíjese en algo bien paradójico, aquí el ultimo que se vincula muchas veces es el padre, aquí es todo lo contrario, aquí el que primero se interviene es el joven, teniendo en cuenta que es una consecuencia del daño, teniendo en cuenta que es lo que ha tenido como origen cargas emocionales, y el ultimo que se vincula después es el padre, el que llega al último y dice quiero ser parte del proceso, allá van al origen comienzan a trabajar el problema a fondo y después le dicen al hijo, quiere ser parte de esto, quiere entender que ocurrió en su momento cuando genero esta situación, entonces hay un ejercicio de reparación que a mi modo de ver es desde una forma legítima y ordenada, es desde el orden que debería ser, entonces eso tendría que ser desde una política pública que tendría que llegar a trabajarse, en donde ey, en donde primero se interviene es a la familia, porque si ustedes se dan cuenta, volvemos a lo mismo, los procesos que estamos llevando son con los chicos realmente y el chico puede llegar a tener tanta reciliencia que pudiese llegar a decir yo comprendo que vivo en el castillo y que vivo en la zona donde están todos los traficantes, pero yo voy a salir del castillo y me

voy a ir donde mi abuela que vive en Vitacura, en donde no voy a consumir, pero hay que mirar ahí si es que es la familia la que primero consume, entonces desde ahí hay todo un tema si llegamos al real objetivo de intervención, cual es el problema, que en muchas ocasiones, no estamos preparados y no se tiene la suficiente vocación, profesión o como se le quiera decir, para decirle a una persona cual es el verdadero problema que hay, fíjese que hoy en día, con uno de los casos que teníamos, el discurso que llevo esta persona después, obviamente por confidencialidad no voy a nombrar, pero esta persona fuera que se hace un test con el joven, se le realizan todas las evaluaciones, se le hace un test que sale 5 sustancias completamente negativo, yo le comento cual fue el relato de su permiso y el relato del permiso de ella es negativo y yo le pregunto a ella porque, y ella me decía que, yo le decía que se subiera el pantalón y no se lo subía, le decía que no acostara en la cama del hermano se acostaba, le dije que se bañara no se quiso bañar, y yo le dije me está hablando de un adolescente, pero acá el objetivo de la intervención no es porque él sea un adolescente, el objetivo de la intervención es porque él tiene un consumo y yo tengo un test con todos los elementos del consumo negativos, de que me está hablando entonces.

Rodrigo

La capacidad de invisibilizar el problema, claro eso lo podemos ir viendo nosotros en el camino, las dificultades están en lo social, macro espacio, micro espacio de la familia, como estas familias han sido vulneradas por el sistema, por el espacio, y el espacio se vuelve en un espacio a un más circunscrito vulnera y comienza a vulnerar a sus propios integrantes, los niños entonces son vulnerados por sus familias por el sistema y así la cadena.

Omar

De esta complejidad que hablamos que es macro me quedaría con la idea de que tenemos que hacer buenas comunicaciones e intercambio con los programas que contribuyen y complementan y para eso hay que tener estrategias muy focalizadas y claras, para que los nos entreguen su forma para establecer códigos en comunes, estos códigos comunes y materiales que nos permitan trabajar fruto de lo mismo, cosa de ver lo que no estamos haciendo y eso nosotros si lo decimos, tenemos conceptualizaciones más potentes que una simple norma,

más potente que tener un listado de chiquillos, tenemos un compromiso ético con lo que queremos y creemos para llegar a cosas.

P2 A.L

Cuando yo estaba hablando ahora con Boris, había algo que a mí me llamaba la atención hermano y era del primer objetivo oh primera línea que está acá, hay dos preguntas de las políticas públicas y los obstaculizadores, realmente hablar dentro de las políticas públicas, yo creo que es un panorama demasiado amplio viejo, a partir de cosas que realmente ni si quiera nosotros vamos a saber cómo vamos a llegar a modificar, como yo lo veo realmente, yo me centraría lo, lo, como mi punto de vista, mucho sentido ¿cuáles son los obstaculizadores presentes en el desarrollo efectivo en el trabajo en complementariedad entre los dispositivos tratantes en convenio?.

Esto lo digo en una forma netamente como se lo dije a Boris ahora, cero, ¡por así decirlo humildad. Dentro del trabajo y la propuesta que nosotros hemos desarrollado como programa porque ha habido muchos trabajos desde la misma parte de tratamiento tanto residencial, no ambulatorio, pero si tanto residencial y desde la línea de intervención a nivel individual, a nivel familiar, a nivel de entorno, que ha posibilitado a nosotros llegar un poco más allá dentro del perfil de lo que estábamos buscando, un poco más como lo que hablábamos la otra vez también con José, que era hasta qué punto nosotros vamos a llegar , y hasta qué punto nosotros nos hacemos cargo del caso.

Yo creo que en esa parte nosotros hemos tenido una, una gran ventaja , como le digo cero humildad con el tema porque a lo que quiero llegar es que la complementariedad que tiene los demás dispositivos, cuales es el trabajo real que ejecutan ellos, hemos tenido infinidad de situaciones en cuanto al contexto familiar, en cuanto al contexto barrial, de parte de los demás dispositivos , hemos hablado de un PIE, hemos hablado de un PDE, que son dispositivos que realmente aparecen en la figura de los chicos, pero que nunca tiene ningún tipo impacto y esto lo hago responsablemente teniendo en cuenta lo que pueda ocurrir al momento de hablar con un dispositivo , pero que, incluso yo se lo coloque a ustedes la otra vez a ustedes como reunión.

¿Qué tal si sacamos directamente a los PIE y a los PDE en una reunión aparte y les decimos, hey cuál es la línea de trabajo de ustedes? Porque lo que está ocurriendo con la mayoría de los casos, es que desde la línea familiar ya hay un obstaculizador y teniendo en cuenta que los chicos de una u otra forma están aquí haciendo un trabajo desde la responsabilización de su consumo, desde la conciencia de enfermedad, desde el trabajo directamente para poder mirar otro enfoque distinto de superación, pero que no se le acompaña a la par un trabajo familiar que tenía que ser parte de los demás dispositivos, estoy hablando de PIE específicamente, entonces es.

A mí me parece un obstaculizador importante, si a mí me preguntaran la primera parte, yo me enfocaría directamente en este. Que es desde hay como articular un trabajo más complementario, un trabajo realmente en Red, que es lo que , lo que hemos estado haciendo en el primer semestre que ya llevamos, que es darle el patrocinio también a las demás instituciones que hacen parte del proceso , para que se vinculen, para que hagan parte del proceso, para que lleguen al hasta dispositivo aquí mismo a hacer la intervenciones con el chico y se hagan participe de esto y aun así con toda la apertura que hemos dado muy pocos son los que se han sumado, porque no existe este verdadero interés como yo lo pienso, esto a modo personal.

P3 O.G.

No sé, yo comparto igualmente trabajar esta temática el punto dos, porque creo que, comparto con Alejandro lo que plantea y además agrego que hay un tema de comunicación que son severos, ya, que hay una deficiente preparación motivacional del joven que accede al programa y que hay un acompañamiento con unas líneas de intervención que no son precisamente muy coherentes, ha, y por tanto al no ser muy coherente no facilitan el proceso, más bien lo obstaculizan.

Ahora no creo que haya temas de mala voluntad, si creo que hay temas casi de la política que los rige a ellos, en la cual este tema, como sea un programa como este, ya, es una acción de secuencias que ellos llevan en sus lineamientos programático, donde no hay, más bien hay

una instrumentalización de este qué hacer y no así una compensación profunda, más bien ética de lo que se espera de cada joven, yo creo que por ahí va la cosa.

Creo que son como metas para ellos, son metas hacia las cuales ellos tienen que desarrollar el trabajo, pero no hay una conciencia profunda de ese “acompañamiento” y ahí se resume eso. Cuando trabajo por metas, hago la meta, cumplo la meta, funcionalmente puede que lo haga bastante bien, pero lo que requiere un chiquillo para este proceso y una familia es un acompañamiento frecuente, focal, ya, de mucho compromiso, de mucho compromiso, no basta con llevarlo al programa residencial y ambulatorio simplemente eso, sino que hay que mantener esa permanencia de intervenciones y objetivos focales muy definidos y complementarios con el equipo que está interviniendo.

Tiene, Bueno ciertamente que yo al dar una respuesta me voy a casar con cuestiones personales, paradigmas y posiciones personales y referenciales respecto al fenómeno, yo creo que todos estos programas, si bien tiene una tarea conceptual específica, ya, son programas como de fachada para funcionar reparar situaciones contingente , son como las campañas que se hacen en el municipio, que son dos veces al año y funcionan, ya, eso es lo que uno puede hacer pero creo que aquí estos programas , no conozco todas las bases de los programas, sin embargo creo que responden al trabajo de profesionales. Algunos muy buenos profesionales sin lugar a duda.

Pero el objetivo del programa en si o proyecto es el que los marco el que los define y eso debido a una política pública, que no es un invento de ellos o de la contratación que tiene el programa o el municipio, sino que tiene que ver con una política pública que es deficiente y que atiende a parche situaciones que son altamente complejas y que no se van a solucionar de un día para otro, ya, porque no son campañas, porque vivimos en una sociedad que está inmersa en desafíos que no han sido concretados.

Entonces hay, que estos programas atienden a situaciones específicas, insisto como metas y en la entrega es donde falla el tema, falta la entrega, porque esa entrega tiene que ver con que puede haber un profesional muy bueno, muy idóneo, pero es un equipo el que arma ese cuento, y es una programación técnica la que arma ese cuento y allí es donde falla.

P2 A.L.

A mi modo de ver no, porque llega, un poco como decía he, Omar, yo creo que se transforma en uno más de los discursos demagogos dentro de una postura, he burocrática porque para todo tiene que haber siempre un contexto legal, visible sustentable dentro de la misma propuesta a nivel clínica y terapéutica que uno u otro programa quiera dar a conocer dentro de una población específica.

Yo, lo que nosotros , y cuando yo esto como auto referente lo hago con el debido respeto y también considerando de que, desde el primer momento cuando se coloca una propuesta a nivel de tratamiento, se busca esto dentro de la mirada de un equipo ecléctico siempre para lo posterior que pudiese ser un buen ejercicio de la intervención y esa mirada pasa de ser, ya no, lo burocrático, lo convencional lo que se busca dentro de la misma política pública porque va un poco más allá, esa mirada desde ahí, obviamente se está desconociendo dentro de una misma política pública porque van a mirar mucho más desde un enfoque cuantitativo que de lo cualitativo, es hacia hay donde se tiene que enmarcar desde el trabajo más desde las cualidades específicas del sujeto lo que significa el contexto de problema.

Qué significa esto que hablábamos hoy en la mañana en reunión ¿qué es realmente el concepto de compromiso biopsicosocial? ¿Hacia a donde a punta, cual es la realidad en el consumo, cual es la realidad en la, digamos la sustancia? Piensen un dato muy curioso que me llamo mucho la atención, anoche en un matinal estaban hablando sobre algo que fue la panacea dentro de la condición de consumo de los adolescentes y, la noticia era que los adolescentes se habían dado cuenta desde el ministerio de salud de que lo que más consumían eran benzodiacepinas.

Entonces si hablamos realmente de la realidad, que tanto de la misma información de los dispositivos que acompañan el, la mayoría de los casos de población adolescente que tienen un consumo obviamente de benzodiacepinas y que yo, lo vengo escuchando hace dos o tres años que comenzó en este fenómeno , para que llegue directamente ya a oídos de gobierno y en este caso digan pucha tenemos un problema con benzodiacepinas, cuando las mismas instituciones han estado trabajando estos durante estos últimos tres años.

Entonces claramente no hay un oído en esa situación porque se busca, como bien dice Omar... se busca mantener, regularizar, un poco como menguar dentro de la misma situación pero sin buscar una respuesta oportuna en el caso de los que son cada uno de los adolescentes que siguen perteneciendo a una población, que siguen manteniendo una condición de consumo, que tiene al lado, todo lo que puede ser variedades de drogas y que a partir de eso solamente los programas de tratamiento pueden ser.

Solamente un aliciente, pueden ser un placebo que se da en algún momento, pero sin lograr un verdadero cambio porque hay una infinidad de situaciones a nivel contextual que lo que hacen es tirar un proceso a lo que es el abismo. Entonces ahora, en lo que si estoy un poco en desacuerdo es; en cuando dice Omar de que tal vez hay una regulación dentro de los mismos dispositivos para llegar hasta donde pueden trabajar, yo creo que el dispositivo llega, hasta donde el en verdad les interesa llegar, porque todos tienen dentro de una condición como yo lo veo el propósito de tener un joven con una intervención terapéutica y que dé frutos dentro de una reducción de consumo o una abstinencia llevándolo a casos extremos.

Ese paso no se llega a tener, ese paso solamente se llega consolidar a partir de una propuesta del equipo terapéutico y donde muchas ocasiones los casos de mayor complejidad son solamente expulsados porqué el discurso es, no se puede trabajar con ellos, no se puede llegar hacer con ellos algo. Pero entonces ahí queda el problema no se da mayor respuesta, porque siempre hay un obstaculizador en el que tienen que buscar otro dispositivo y que la mayoría de las ocasiones no existe.

Entonces sigue siendo un problema que dé a fondo tendríamos que hablar de la política pública, pero que hoy lo repito nosotros aquí no la vamos a solucionar, nosotros tenemos que hacer lo que hacia la vieja escuela que era ¿con lo que tenemos, que logramos? ¿Con lo que tenemos, hasta donde podemos lograr?

P1 R.G.

Yo necesariamente tengo que tomar el primer punto de las políticas públicas como para hacer una ligación con lo que viene, yo creo que ni las políticas públicas, ni nosotros comprenden el fenómeno, hay una intento por enfrentarlo y hay, lo que sí, yo considero como positivo es que por lo menos con lo que tiene que ver desde el 2007 en adelante cuando

aparece la ley de responsabilidad penal adolescente y se le liga a esa instancia programa de salud mental asociados con adicciones y específicamente para he sujetos que hayan sido judicializados, creo que hay una apertura para darle un espacio más especializado a casos o a una población mucho más compleja.

Si se hace una mirada panóptica y uno ve el territorio sudamericano y esto lo escuche en un seminario, en gran medida he, chile cuenta con una cantidad de dispositivos para tratamiento que es mucho mayor que la mayoría de nuestros vecinos a nivel de región, el tema es que, si tu miras desde arriba lo que te imaginas ahí un ejercicio representativo cachay, nos veríamos en un contra punto “oye estos personajes tienen una cantidad de programas increíbles” están preocupados del tema, están instalados cachay.

Lo cual de cierta forma es un parche desde mi punto de vista que nos hace ver y quedar bien, porque digo un parche, un parche más o menos desesperado que espero que después de una articulación en unas décadas más permita de que funcione, quizás como se esperaba y que tuviese una tasa de éxito mayor a la que hoy día hay, tengo claridad que el convenio de infractores de ley , la tasa de existo no es mayor que el 20% pensando en un paciente de ambulatorio durante un año, no menor a un 20 % a nivel nacional y ese 20% probablemente sea un 10% pero si tú le así un seguimiento te encontráis con que la mitad de ellos está preso nuevamente o están nuevamente con consumo ni ocasional, ni habitual, sino problemático pero al momento que salió de tu programa salió bien entre comillas.

Pero insisto, no desmerezco que se esté haciendo cierto nivel de inversión pero que esta al debe lo tengo clarísimo y que es un parche que esta puesto sobre una herida gigantesca y que tiene que ver con la extensa data de vulneraciones de los mismos casos que nosotros vemos y la vulneraciones en todos sus derechos, nosotros al momento que los tomamos entre una media de los 14 y 16 15 y 17 años que esa debe ser la media de los que atendemos, ya vienen con 6 o 7 años de vulneraciones severos donde instalarse cierto como dispositivo para satisfacer o no para satisfacer, enfrentar esa complejidad a nivel psíquico, físico, a nivel orgánico, familiar a nivel de micro espacios sociales, a nivel de espacio sociales, nivel de exclusión de auto-exclusión etc.

Como consecuencia la misma exclusión eso es un poco el paciente que nos encontramos y puedo decir que nos encontramos con pacientes en convenio 2 y este convenio 5 muy similares, convenio 2 era SENAME Justicia Juvenil y convenio 5 SENAME Protección, dos realidades que de alguna forma tiene algo en común y uno de esos elementos en común son las vulneraciones excesivas, entonces las políticas públicas dentro de la complejidad desde mi punto de vista de lograr que esas vulneraciones disminuyan por parte de estos pacientes hace que sea un trabajo a modo de precuela que tienes que ir para atrás y entonces a revisar todo lo que ocurrió con ese paciente, que es esa la pega que nosotros hacemos.

Sabemos que si evaluamos un poco la vida de ese paciente para ver si lo entendemos un poco mejor y dentro de su forma de historizar hasta donde salgan algunos elementos donde uno se pueda tomar y nos da las directrices o coordenadas para poder intervenir, ¿dónde está la complejidad? A modo de ejemplo donde entra SENAME protección ¿qué ocurre con un cabro chico que está desertando del colegio en tercero básico? ¿Cuáles son las luces que se prenden hay a nivel de dispositivos?

Sean escolares o activan la OPD o quien tenga que tengan que estar en escena para visualizar entonces, por qué dejó de ir a clases un cabro chico en tercero básico, probablemente, no hubo mucho, me ha pasado de escena, ya salió de escena y que llegó a tercero básico, no ocurrió nada más, no pareció SENAME protección, apareció nadie el cabro empezó a delinquir a los 11 años, consumo problemático ya a los 12 entra a SENAME justicia porque ya se pegó unos condoros a los 14 años y después tiene una intoxicación y a los 16 llegó a programa de tratamiento los cuales hay varios, insisto pero eso es una ilusión dentro insisto de las vulneraciones que a gran modo vive gran parte de la población y desde los momentos más temprano de su vida desde antes de vivir probablemente es un tema transgeneracional a eso me refiero.

Pero porque marco eso, porque me es súper complejo pensar en que estos dispositivos tengan la respuesta, me es súper complejo a pesar de los esfuerzos que he hecho desde que estoy en el área y porque he trabajado también a veces mucho más allá que los límites que nosotros debemos establecer como profesionales sobrepasando, trabajando desde la guata, trabajando desde la humanidad, trabajando desde esto no puede ser posible, tengo que hacer algo distinto y finalmente me doy cuenta que eso también es mi ilusión que hay que ir matando

porque de súper héroe no había nada en los dispositivos ni tampoco en uno como profesional y empiezan las limitantes lo cual es un criterio de realidad tener esas limitante para intervenir y creo que eso a mí por lo menos me costó varios años.

Hoy en día lo estoy planteando constantemente creo que algunos lo toman en consideración lo reflexionamos al respecto, es una necesidad están más o menos limitado, porque hago una entre comillas extensa visualización de las políticas públicas básicamente para darle el contexto de complejidad y de complejidad mayor, una complejidad social, en extremo difícil de visualizar por la cantidad de variables que están involucradas nosotros las vemos en el micro espacio con un paciente que viene poseído de todas esas faltas y fallas en su historia de vida y donde la comprensión de la droga dentro de los mismos dispositivos es vista desde diferentes punto de vista.

Está más allá de lo biopsicosocial que es evidente que desde cada una de las áreas aporta, pero, pero esa cantidad de elemento complejos que ha tenido que bancarse el paciente puede ser que una de las salidas que tenga quizás sea por medio de la droga sea lo único que le hace sobre vivir a esas angustias que sean intolerables , por otro lado que digan no a este loquillo le falta conducta para encuadrar y hacer otro hombre, algunos le resultara, a otros consideraran que tiene que estar con el fármaco de sobre manera y mantenerlo dopado porque es la única forma de que pueda insertarse en lo social.

Al parecer la mayoría acá consideramos que todo eso tiene que estar articulado en la medida que se vaya considerando mayor claridad acerca del paciente para poder intervenir ahora más o menos claro es extremadamente difícil de hacer, entonces nos encontramos con esas carencias desde lo social, en un paciente que lo pone en escena con nosotros en un tratamiento y somos nosotros los que ejecutamos estas políticas públicas, somos nosotros los que podemos retro-alimentar a quienes ponen las Lucas y hacen las políticas públicas acerca lo que tratamos de hacer, lo que visualizamos, etc.

Sabes que eso también es una ilusión que está acá encapsulado por más que lo subamos en SENDA regional, queda encapsulado en SENDA regional, por más lo que pueda ocurrir es que te inviten a que expongas en media hora lo que tratas de hacer, pero lo cual no es malo, pero es súper complejo, porque insisto que desde SENDA se trabaja que de hagamos todo lo

que consideramos que se pueda hacer bien y démosle y nos dan la posibilidad de capacitación, y nosotros tratamos de entregar lo podemos entregar, sin embargo siempre quedamos en falta y en faltas severas no avanzamos mucho en la intervención, no avanzamos mucho.

Porque los pacientes llegan en un estado extremo y en la gran mayoría trastocado y eso no he visto ninguna terapia que pueda levantar la mano y decir nosotros la hacemos, nos comparan con Canadá y nos traen modelos canadienses, eso es dejar lo social y la historia de no me atrevería no sé si del país pero por lo menos de la región que uno puede conocer un poco más de lado, pensando que todos son adictos, por las mismas razones independiente por un tema orgánico o porque le falta un poco la familia finlandesa parece que ahora había hecho una cuestión que fue como que removió la forma de trabajar el consumo de droga y en al parecer en específico de marihuana.

Pero cachay las dinámicas familiares no se parecían ni en lo más mínimo de lo que uno puede ver en una población en extrema precariedad que, donde contaban con una cantidad de recursos no solamente económicos correspondía así como la clase media de acá una clase baja de allá, donde contay por lo menos con algún familiar e idealmente más de uno relativamente estable que podría contener entonces hicieron un montón de estrategias como relativamente conductuales, podía salir hasta cierta horas en las calles, pasaba más tiempo en la casa y les pusieron más recursos para que hicieran deporte, etc. y parece que les funciono bastante bien cachay, pero no hay como replicar eso acá, el locutor de la radio comento algo parecido que no se podía replicar es una fantasía. Otra realidad.

Mire haber, principalmente nosotros hemos tenido una experiencia desde que se fundó el centro, dado que manteníamos una estructura hasta último momento, que solamente estaba pre-diseñada por lo que eran los dispositivos anteriormente de convenio dos y en los que se conocía principalmente un perfil directamente involucrados en infracción de ley y consumo problemático, y para algunos, no sé si para todos, pero por lo menos en el caso mío, se mantenía una postura desde este joven desarraigado de su condición familiar, pero que ya era unos de los puntos omitidos dentro de una intervención, porque ya pasaba a un segundo ciclo, que era un ciclo donde validaba la conducta antisocial y desde ahí partía en otra estructura

distinta donde su situación seguía siendo el consumo y el delito, pero obviando la condición emocional desde sus orígenes.

Cuando nosotros hacemos un trabajo antes que se involucra ya como conocer a el chico en su origen desde una condición de maltrato, una condición de vulneración, la experiencia durante estos últimos meses nos enseñó que es incluso un chico más complicado para la intervención porque hay una conexión emocional, una situación de vulneración que está latente y en la que el chico todavía ni siquiera llega a tener claro un poco o involucrado con el consumo o determino a una infracción de ley definitiva, y eso, marca un modelo distinto de intervención desde lo afectivo mucho más que en desde la parte de disminución en la sustancia, inicialmente cuando se comienza a trabajar.

Esto que hablábamos anteriormente de la estructura a nivel de residencial, estábamos buscando y casi cayendo en el error de generar la estructura porque el chico necesita estructura, teniendo en cuenta que estábamos tomando al joven desde una situación mucho más apremiante que era la necesidad afectiva, la carencia, el abandono, entonces desde ahí parte esta como modificación del, del trabajo terapéutico a partir ya de mirar primero que todo, yo creo que la recuperación o el o en cierta forma la reparación emocional, hoy en día el programa de tratamiento como yo lo veo.

P1 RG

Ya, voy a dar mi punto de vista más o menos rápido, concreto, después veremos si hay que profundizar más o no al respecto, dentro de los factores biopsicosociales, yo diría el que genera mayor interrupción al tratamiento es salud mental y la ligo rápidamente con el elemento del entorno y familia, lo que coincidentemente y necesariamente influyen en el desarrollo de un elemento de salud mental.

Una característica de salud mental en un paciente, la precariedad de gran parte de esas familias ha sido un factor incidente, en que he cuenten con menos factores protectores para poder sobrellevar esos elementos de salud mental que se van ligando desde una edad muy temprana y producto de un montón de variables a nivel familiar.

Dentro de la familia lo transgeneracional, en muchas de las familias visualizamos elementos de salud mental y consumo, siempre creo que están ligados en este perfil no he visto uno que este separado, si he visto que estén por separado desde salud mental nos lleva para otro lado, pero para generar una adicción, para estar acá debe haber algo de salud mental.

El elemento transgeneracional también es un factor de riesgo que yo creo visualizar, que afecta algo que tiene que ver entonces con la interrupción del tratamiento, ¿por qué? Básicamente por la normalización de dichas conductas y de dicho funcionamiento, eso podría decir yo.

P2 AL

Le encuentro mucha lógica desde lo que dice Rodrigo porque si bien nosotros estamos tomando lo que es compromiso biopsicosocial como parte de la misma variable para entender un perfil, si es que estamos hablando realmente de la misma línea de compromiso biopsicosocial y que para mí personalmente ha sido como una disyuntiva hasta hoy en día, de saber que entendemos realmente por compromiso biopsicosocial.

Cuál es la línea de trabajo con la que se mide hoy en día el compromiso biopsicosocial, o si nos mantenemos directamente asociándola a lo que es un severo, moderado o leve, y bajo qué criterios para poderlo medir, con esa conversación aparte obviamente porque podríamos extendernos para poder definir los criterios reales para entender un verdadero compromiso biopsicosocial.

Bajo estas líneas obviamente había una condición que para nosotros como perfil hemos reconocido que es de salud mental, desde la condición de estructura de personalidad, desde lo que cubre obviamente también un daño asociado al consumo y con el cual ha tenido ya un impacto importante en su condición de salud psicológica, pero, de una u otra forma yo creo que tendríamos que enfocarnos en el contexto porque si hablamos de contexto directamente ahí si ya estamos hablando de una línea transgeneracional.

Viene a ser parte desde donde viene el sujeto que es obviamente nuestro paciente, que es la persona en intervención, que es el usuario o como se quiera llamar pero que hace parte de una historia, hace parte de un remanente de condiciones, contextuales, sociales a nivel

familiar y que han cobijado con el aun así una condición de salud mental, una condición de riesgo y todo lo que viene a ser parte de este compromiso biopsicosocial severo si se coloca en esta línea.

Y por último uno de los remanentes menos tocados pero que llega a ser como el detonante, es el consumo, pero antes de ello hay toda una mirada, hay todo un trasfondo para entender realmente, si nosotros tenemos que mirar que es lo que realmente afecta al chico, mirémoslo desde la historia, mirémoslo que es realmente el compromiso biopsicosocial y desde donde parte, cual es el asunto a nivel histórico que trae el chico, cual es la carga que trae.

Teniendo en cuenta que incluso me atrevería a decir muchos de los programas que están llegando a hacer un trabajo y que, no sé si nosotros estamos apuntando a eso, porque nos hemos enfocado en la línea familiar, siempre se han vinculado, por lo que es el sujeto de atención como el verdadero problema, pero nunca se ha trabajado desde lo transgeneracional a mirar que ocurre con la familia.

Sabemos que encontraríamos situaciones de salud mental más graves de mayor complejidad y que siguen siendo parte de un contexto que no se puede cambiar una realidad y eso, si lo tomamos ligado a la condición de intervención familiar yo creo que va casi orientándose a la misma línea que es como llegamos a entender la familia, como la llegamos a interpretar, como llegamos a tener un mecanismo de intervención claro con ellos y para que se le dé sentido y que sin que se escape de la realidad de ellos perciben.

Porque en el contexto que lo ve el profesional es una satanización se podría decir que es una conducta de consumo, una conducta de delito, una conducta de oposición, una conducta violenta y nosotros así mismo como profesionales si nos colocamos de una línea satanizamos esa cultura, pero no nos damos cuenta que en el contexto en el que ellos se manejan hay toda una normalización por que ha sido parte de su propio contexto entonces como yo llego a entender esa realidad.

Como voy a involucrar a este grupo que es familia que obviamente si me preguntan cómo influye en el mismo proceso, Influyen de una forma positiva o así puede influir de una forma completamente negativa va dentro de la línea de trabajo que se dé a modo interventivo y como uno llega a comprender la realidad de ellos.

Entonces saber si son o no positivos, yo creo que sería muy arriesgado porque cada grupo familiar responde a motivaciones distintas y va hasta dónde quiere llegar en un proceso terapéutico, si ustedes se dan cuenta, el equipo terapéutico nunca llega hasta cuando quiere la familia es la familia que decide hasta donde quiere ser parte del proceso eso es por mi lado.

Lo que pasa es que creo que están digamos como en la misma línea porque como le digo puede ser positivo como puede ser negativo, pero varían yo puedo tener una condición familiar asequible para un tratamiento que pueda influir en un espacio positivo para el joven y un desarrollo importante en su tratamiento de drogas, pero puedo tener dentro de esa misma línea todo un contexto negativo que puede ser parte del retroceso para el joven.

Eso solamente me lo va a permitir dilucidar el proceso de intervención diagnóstica que yo llegue a tener con la familia y hasta donde pueda llegar a entender cuáles son sus verdaderos intereses en un proceso de tratamiento.

El joven no es un problema sino hasta que llega a tocar la puerta de cada uno de los jóvenes con una sanción, con un robo o con una situación que a ellos los cobija como amenaza, antes no es un problema antes no es solamente parte de la normalización que manejan en un contexto de vivir.

P1 RG

Pero hay, en lo concreto tú que has visualizado en otros programas y acá, ¿qué es lo que has podido visualizar o que tienes como hipótesis?, ¿Qué es lo que genera interrupción? ¿Qué características de los chiquillos que pudieses visualizar hace que tengamos un 80% de abandono según estadísticas de SENDA y un 20% digamos de éxito que es lo que ves tú que sea tan complicado?

P2 AI

Yo creo lo que lo hace complicado, a ver si hablamos de interrupción, yo creo que se, se logra cuando hay un grupo familiar relativamente sano, con una auto crítica y con un empoderamiento de sus propios valores por así decirlo con el que buscan salir del contexto en el que se encuentran, ya sea por consumo, ya sea por delito y buscar otras expectativas más allá de que tengan que hacer un gran esfuerzo.

Ahí puede haber un cambio y ahí me he preguntado en muchas ocasiones unas reflexiones a partir de los casos, porque he visto una familia comprometida y en la que se empoderan tanto de sí que dicen que si nosotros necesitamos salir de la población vamos a salir, pero no vamos a dejar que nuestro hijo siga generándose un daño eso es un elemento súper importante que uno le da un vuelco completamente a la visualización de ese imaginario que se ha creado con los jóvenes es un punto importante.

¿Cuándo no funciona? Cuando la familia ha naturalizado el hecho de que han llegado dos, tres, cuatro generaciones en el espacio, pero nunca han tenido un problema en el que a un adolescente llegue policía de investigaciones, pues carabineros a su puerta a decirle venimos porque su hijo genero un delito, porque para ellos es un problema.

P1 RG

Ya po, entonces en tus palabras seria la normalización por parte de la familia de ese funcionamiento, ósea lo que mucho, nos ocurre de sobre manera es que los cabros traen esa misma normalización y en punto, en concepto más técnico seria lo ego sintónico no hay nada que le haga ruido, no hay casi motivo de consulta entonces para la familia tampoco, hay un problema.

P3 OG

Bueno yo comparto precisamente que la salud mental es transversal al fenómeno de la participación y porque el joven lo interrumpe, creo que la familia se nos viene con una disfunción severa multi problemática, y principalmente tiene un carácter ambivalente en la toma de decisiones, en la toma de acuerdos, de participación, es una familia que está naturalizada o institucionalizada.

El fenómeno de la dependencia es muy fuerte y parece que eso es lo gravitante, eso lo que marca el destino de su qué hacer y eso es profundo más profundo que las otras variables que podamos analizar porque el flagelo de la dependencia a mi juicio es tan fuerte, es tan severo como el de la adicción desde que una familia de este tipo invisibiliza la problemática de la adicción ya sea porque la encubre o la omite y visualiza también a este dispositivo dado que

esta institucionalizada y nos ve como un dispositivo que no ve la diferencia entre lo proteccional y lo adictivo y creo que eso es crucial también.

En el fondo y dicho de otra manera la familia ve todos estos programas los ve en el mismo saco desde una misma percepción no hace un distingo y cuando hablamos del fenómeno de la dependencia estamos hablando que la familia endémicamente en Chile pasa por este fenómeno que se va agudizando cada vez más en este sistema Neo liberal y antes también, pero tiene que ver necesariamente con que como percibe la familia como se visualiza en un contexto ya de participación o de inclusión y eso se trasmite a los chiquillos en lo generacional

Como lo decíamos recién se va transmitiendo y más aún en esta sociedad moderna que ve todo como muy atomizado porque no ve que es una familia inmediateista que a raíz de sus necesidades que son múltiples, no participa en la comunidad, no participa en los colegios, no participa en ninguna área de desarrollo, ósea a mi juicio hace gravitante la decisión del chiquillo de permanecer o no en este programa.

P2 AL

Yo creo que ahí, hay un punto súper importante en lo que dice Omar y que pronto surge a partir de la idea de cuál es la política que se busca mantener en un Estado en que todas las persona por así, disculpe que estoy generalizando la mayoría de las personas que nosotros trabajamos desde un grupo familiar viven en este, este fenómeno de la desilusión y de la misma, del mismo desgano por la participación y la socialización con el otro, yo creo que un fenómeno que se presentara de pronto en otros lugares.

Cuando yo estaba trabajando con la A.C.J era esta generación de células comunitarias, cuando uno llegaba directamente a trabajar en la población, cuando uno llegaba a trabajar directamente en el lugar donde estaba la situación y era interesante ver, esto como anécdota no más.

Para que veamos un poco con el fenómeno para ver qué es lo que ocurre con la familia donde ya ni si quiera les interesa saber la diferencia entre SENAME Y SENDA, o si realmente la

preocupación por mi hijo es que se recupere o de tenerlo aquí para que no siga generando problemas mientras que yo siga con mi negocio.

Todo eso y que se generaba de una forma distinta porque uno llegaba a generar células juveniles y las células juveniles involucraban 50 o 60 jóvenes en el barrio a las tres de la tarde con una terapia o una dinámica grupal o recreativa en el sector desde se sumaba el papá, donde se sumaba la mamá, donde después había reunión con la junta comunal y todo eso era en pro de una organización comunal y de una coordinación o un acompañamiento de un dispositivo.

Ese trabajo ya no está, ese trabajo ya no existe, esa acción yo creo que eso de los años 90 y que se trabajaba y se hacía verdadero trabajo social, la comunidad terapéutica, ¿exactamente y desde ahí nace el tema de comunidad terapéutica de que es realmente comunidad terapéutica?, ¿es el espacio?, Es la infraestructura?, O es realmente la comunidad haciendo un proceso de interventivo grupal de cambio con los hijos o los adolescentes en el propio sector.

Donde está el verdadero problema donde los niños todavía tienen la dificultad de salir a la calle porque no saben si la pandilla de al lado o los traficantes comenzaran a disparar y que pasa cuando son ellos los que se apoderan de la calle y comienzan a jugar, ya el traficante la piensa dos veces antes de salir a disparar porque no hay uno o dos, sino que están todos los niños con la familia en la calle, cual es el contexto, cual es el cambio que se quiere hacer ahí.

Eso ya se terminó, eso ya no existe lamentablemente eso aleja más la posibilidad de que hoy en día sea de parte de una familia de un padre o de una madre, voy a ir a la junta de acción comunal, voy a ir al grupo de futbol, voy a ir etc. eso no hace parte y es un elemento completamente como así decirlo de impacto para un adolescente que sabe ya que cuando está en su casa si presenta algún tipo de situación igual tiene su grupo juvenil, tiene su grupo de futbol, tiene su grupo de juego, todo eso ya no existe, entonces las oportunidades de socialización comunitaria se extinguieron.

Que le queda a un joven, un residencial exactamente, donde pueda llegar a convivir con los demás de su tipo en una forma sana pero ya protegido porque de lo contrario en el propio sector donde él vive ya no puede jugar ni si quiera a la pelota porque no hay con quien, y los

que están, están consumiendo porque también en algún momento buscaron que hacer, pero no lo encontraron, eso es como yo lo veo.

P3 OG

yo lo comparto, comparto que es así.

P1 RG

¿Aquí estamos focalizados en lo que es el residencial?

Por un tema pensando en el residencial en primera instancia de los pacientes que trabajamos ya se mencionó el compromiso biopsicosocial, con suerte moderado en la medida son severos a cuanto nivel de complejidad aunque sale de sobre manera de la media, la ligación o articulación del entramado institucional que está ligado al convenio implicaría de que los ambulatorios tienen una pega tremendamente compleja que es lograr que el paciente visualice alguna problemática que le genere un motivo de consulta para llegar a un residencial.

Ya esa pega que puede ser sonar más o menos simple, ya lo mencionamos antes lo ego sintónico, todo lo mencionaron de diferentes formas al parecer es uno de los elementos complejos de porque ligado en parte a salud tema mental, ligado al tema adicciones, ligado al tema transgeneracional, por mencionar algunos y se le dio frente a todo eso una contextualización también del entorno, no hay como escapar del entorno, el micro espacio familiar vulnerado internamente y trastocado internamente es lo que vemos que después en un macro espacio vuelve a ocurrir.

Las instituciones se ponen como sustitutos de familiares, son igualmente negligentes con estas familias, entonces eso creo, que tenemos cierta lógica de lo que conversamos entre todos y nos permite en parte acercarnos al fenómeno en cuestión, desde ahí, de qué forma nosotros podemos influenciar positiva o negativamente en los pacientes.

Creo que llegamos en gran medida tarde, llegamos en gran medida tarde y eso en parte responde el 80% de los pacientes en este tipo de programas, no tengan avances más o menos significativos, no se mantengan, tengan abandonos, es lo que principalmente, por lo menos es la estadística que hasta el año pasado alcance a conocer, se mantenía el 80% de abandono

convenio 2 vamos a ver si acá los datos son similares y vamos a tener que esperar un tiempo al respecto.

Y creo que llegamos tarde, pero tratando de ser más o menos optimista nos podría interesar ese 20% que logra avanzar, que aquí me vienen tres o cuatro caras que lo que hemos visto durante el año del residencial y creo que está asociado en gran medida desde mi punto de vista a los chicos que vienen menos trastocados.

Ha trastocado a que me refiero con eso, que tú te das cuenta que alguna mamá, algún familiar que asiste al programa y tiene algún tipo de interés, que hay una problematización de acerca de lo que está ocurriendo, por ende, está más presente y no solamente en el espacio nuestro de tratamiento, sino que vemos que históricamente para el cabro fue relativamente relevante esa persona y es la que en un momento genera una sensación o de sentimiento de culpa, o el deseo de generar un cambio.

¿Porque?, Por mi mamá, por mi tía, ¿Por qué? Por mi hermano, hay algo, donde ligar de alguna forma esa angustia que da vuelta, que no la reconocen que puede estar asociada, pero hay un otro que significa eso y creo que solamente en esos casos es donde desde mi experiencia se ha logrado un avance con los chiquillos.

Cuando hay un vacío absoluto o casi absoluto del otro, menciono dos casos que nosotros conocemos que terminan en comunidades evangélicas es básicamente el desamparo con patas, era el desamparo personificado, ya lo único que quedaba era lo metafísico como para poder agarrarse de algo o sea casi un elemento casi psicótico para seguir viviendo y que lamentablemente por lo menos uno de eso casos que se supo que después de dos meses que tampoco dio abasto ese elemento metafísico que la gracia que tiene es que no está en disputa porque tú lo creas, todo lo demás que estuvo en disputa lo perdieron.

Entonces volviendo a que parte del perfil tiene esas características, los casos menos complejos tienen algunos elementos que ellos lograron poseer y generalmente están ligados a algún familiar que ha estado presente creo que cuando eso ocurre se nos dan las condiciones para que nosotros podamos intervenir porque hay mayor acceso, hay mayores redes de donde tomarse y que el paciente además tenga algo de la realidad que lo pueda garantizar, que lo pueda invertir, que lo pueda interesar y por ende trabajar desde ahí.

Camilo, no decimos apellidos o algo por el estilo, yo diría que es uno de los que entre comillas está menos trastocado que ha llegado acá, contamos con una abuela y un espacio habitacional digno no sé cómo será el concepto desde lo social, funcional relativamente estable que te permite trabajar un poco más, el cabro de alguna forma tiene algunas herramientas como para que ha podido desarrollar para seguir conociendo, para poder seguir haciendo algo por su vida, en la mayoría de los pacientes vemos que no hay ningún deseo de conocer nada más.

Porque hay una posición que está establecida, en la posición del choro, en la posición del adicto, en esa estoy y de ahí no me voy a mover, por qué es lo único que le ha generado alguna insignia, no es cierto de identidad y es lo que lo ha sostenido narcisísticamente de querer un poco desde ese nombre, porque si no tienen eso no son nada.

Entonces creo que con ese análisis breve mío nosotros podemos influir de manera de avances terapéuticos de que pensado lo terapéutico desde mi punto de vista de que este más estable psíquicamente, que este más estable por ende psicológicamente, por ende, biopsicosocialmente un poco más estable para poder enfrentar una realidad, creo que para que lo podamos lograr se requiere de algunos elementos del ambiente que puedan ayudar históricamente.

Recuerdo un par durante 9 años que trabaje en la otra pega, casos paradigmáticos en ese periodo de tiempo no hay mucho de cómo explicarlo de cómo se estabilizaron, yo creo que la influencia nuestra es bastante limitada, está limitada también ha alguna parte de esta población que viene con algunos elementos de sostén de su digamos hay entramado familiar y por eso digo que por el otro lado llegamos tarde.

Y volviendo como a la pregunta número 1 que no se tratando digamos tratando hoy día responde también a esa visión panóptica en la cual al mirar ves que hay 300 puntos rojos en Chile y que algunos dicen si hay programas de tratamiento, espectacular, si pero de eso el 80% no tienen resultados positivos y parece que si miras un poquito para atrás la historia de vulneración que tuvieron esos cabros chicos a nivel del espacio intrafamiliar y a nivel del espacio social ha sido excesivo y ahí no se hizo nada, o casi nada.

Entonces hoy día nos encontramos con que estamos poniendo un parche para una herida o una fisura extremadamente severa que no tenemos como hacerlo, para el discurso político

suenan bien, se hace un cierto nivel de inversión, hay muchos programas de tratamiento etc. pero, creo que lo preventivo es fundamental sobre todo en la relación materno-filial si hay tuviesen instancias de intervención más complejas de las hay hoy día quizás ese cabro chico no saldría, no desarrollaría un psiquismo tan al debe, tan en falta, y quizás se pudiese hacer un poco más.

Sin embargo, para el esfuerzo que hacemos metodológicamente que es pensar y re-pensar en tener un equipo multidisciplinario, se espera que despojándonos de nuestros narcisismos para poder escuchar al otro y desde ahí se reflexione acerca de los pacientes es que podamos tener algún nivel de alcance porque no hay una cuestión estática, ya que somos dinámicos en cuanto a la visión que hay y flexibles por las limitantes que sabemos desde el perfil con el que trabajamos es tan complejo.

Para cerrar mi idea me he mencionado mi homologación en organismos desde la área médica que son terminales, en un cáncer terminal, no hay mucho que hacer más que tratamientos paliativos, creo que nos encontramos a veces en la mayoría de los casos, el 80% quizás con un psiquismo ya terminal donde pasamos a ser un espacio paliativo donde se establezca un poco, pero que lamentablemente si haces un seguimiento posterior probablemente o nuevamente se encontraran en condición deplorable ya sea salud mental o de consumo.

Es un espacio de contención donde ilusoriamente pero esa ilusión puede tener algo de real o sino sería una alucinación, algo de real es que pueda encontrar en esa escucha para los que trabajan con lo consiente que es la mayoría del equipo, es lo que se ocurre día a día, es lo que le motiva y más lo que intentamos complementar con una escucha más flotante, más en lo inconsciente, lo que está dando vueltas ahí, para que también lo pueda ir resolviendo creo entonces que podríamos ser entonces un espacio de contención con una escucha distinta y con un quehacer distinto

No se po Wuinicott cuando hablaba acerca de pacientes de pacientes antisociales, decía; lo que ellos necesitan es un espacio de contención pero donde, de alguna forma puedan desbordarse y no por eso te vas a desligar de ellos y vas a cortar el lazo que podría estar estableciendo que pasa lo que están buscando ver si van a lograr ese lazo pasándolo a llevar cuando nosotros se nos olvida por el desgaste cuestión que a mí me pasa, me da también una

respuesta más expulsora, ya, sabes que más agarra tus cosas viejo y ándate, y estamos todos chatos, estamos todos de acuerdo.

De ahí que el espacio terapéutico parte de la humanidad del funcionamiento humano y ponemos entonces ese límite que ya no damos más, que, hasta ahí llegaste, cuestión que insisto es parte del proceso por eso es tan importante dentro de la metodología, la conversación, sobre conversación de los casos porque de repente te llega algo, algo nuevo, claro o mejor viejos salgan de escena, si soy más o menos crítico, Salí de escena y de ahí respondí, me tiene chato, me tiene chato, por qué.

No tengo idea cuestión que cada uno tendría que ir resolviendo, cachay, pero ese es el trabajo del equipo terapéutico de como realmente nos posicionamos frente o nos intentamos posicionar a las complejidades del perfil, el reduccionismo lo único que tengo con seguridad desde el saber que aquí no cabe, no cabe el reduccionismo por ningún lado, el estímulo no es igual a la respuesta si fuese así he, estaría todo resuelto, no habría mucho que hacer.

P2 AL

A mí me da mucha lógica como dice Rodrigo esa parte de hasta qué punto llegamos, porque la verdad que ocurre, ocurre que es como el momento crítico que deberíamos de esperar, superar, para ver qué ocurre en otra instancia, si en verdad winicott de pronto llega a tener en cuenta que esa parte de la crisis, desde el desborde significa una estabilización después.

P1 RG

No es solamente que nosotros estemos para el sostén desde lo técnico sino que a rato también se está buscando que aparezca limite más concreto bueno hasta aquí no más, bueno como nosotros ya más o menos lo tenemos estipulado y se da como por características de personalidad y que hay algunos que están para poner el malo o para decir básicamente viejo este es el encuadre y vas a tener que adaptarte aquello no lo va a entender a la primera o a la segunda, sino en la numero 25 es cuando nosotros estamos pensando no va más, no damos más.

P2 AL

Claro, pero eso significa que hasta cierto punto es como la disyuntiva de saber entonces el análisis de caso, hasta qué punto tenemos que llegar para darse cuenta en que momento estamos en ese desborde y en que minuto nosotros podemos entender que no perfecto en estas instancias ya, más opositorista, carente de norma, pero ya estamos en un momento que él ya va estar en un nivel de conversación y distancia del centro positiva y eso va, en que momento es eso,

P1 RG

Ya po esa es la otra complejidad que solamente estamos para centrarnos en un paciente sino que tenemos 10 más los 15 del ambulatorio y sobre todo los que son de residencial tienen que tener un cierto nivel de resguardo, entonces por más que tengamos un análisis que hable en profundidad, que hable de características antisociales que está absolutamente desbordado y que lo podamos entender entre comillas de porqué y cuáles podrían ser las instancias de intervención cuáles serán las limitantes y complejidades, sabiendo que vulnera constantemente a esos otros dos, y hay insisto esa es la otra complejidad.

P1 RG

Entonces hay una alta rotación y eso afecta obviamente también al paciente o el sujeto de atención. Las instituciones trabajan con metas, nosotros no somos la excepción, tenemos que tener cierta cantidad de pacientes para que nos lleguen las Lucas y eso siempre lo he sincerado, porque así es, no puedo esconder algo que es del funcionamiento, necesitas que te lleguen las Lucas para atender a todos los pacientes y para eso hay que poder ser para que lleguen los pacientes.

Si tiene ese elemento de empresa, como se le quiera llamar, cachay, distinto es, marcar la diferencia y que te hagas un empresario al respecto y que tu foco se ese y que se pierda el elemento clínico. Entonces, bueno, y creo que, ahí comparto con mis compañeros, el obstaculizador yo lo denominaría como un hacer, cachay como un hacer por hacer, por lo que dice el manual, por lo que dice SENDA que hay que hacer, por lo que dice SENAME que hay que hacer, y replicarlo, cumplir con aquello.

Cuando un equipo, pero primero un individuo, un trabajador trata de reflexionar acerca del que hacer, ósea del cómo hacer, y con quien llevar a cabo ese hacer, da la instancia entonces a la reflexión, da la instancia de conversación con los pares, da la instancia de hacer ese trabajo multidisciplinario pase a ser interdisciplinario.

Hay que hacer un trabajo personal, de estar más o menos entre comillas maduro, relativamente estable, para poder escuchar de repente que se te pasaron algunas cosas, para poder escuchar de repente que la estoy cagando, para poder escuchar de repente que eso que te dicen eso era, y no era lo que estabas pensando, para poder tener una mirada sin aires de una orientación psicológica X y te dicen no esto iba por otro lado, y te dicen mira como funciono, también saber decir bueno mi escuela no es la mejor, es otra más.

Bueno, todos esos elementos, creo que, son difícil de desarrollar y encontrarse también en diferentes instituciones. Entonces desde ahí cuando trabajamos con otros dispositivos, yo también he caído en eso, rápidamente el hacer sin una pseudo claridad al respecto, cachay, yo creo que ese es un, obstaculizador y que depende en gran medida de quienes co-existen en esa institución opere, cachay.

Porque no va a depender del director, el director de hecho lo que más pudiese hacer, es cuartar que el equipo opere, es decir, que le tenga que decir como son las cosas, y ahí es donde menos funcionalidad hay, por que el director toma más el lema institucional y lo puede poner en practica con tal de quedar bien con la institución que esta atrás o quien de alguna forma esta subvencionando, cuestión que desde un criterio correcto tenemos que hacer. Pero si el dispositivo se conforma, de acuerdo a las realidades y posibilidades y la oferta de cada uno de los profesionales quizás los obstaculizadores serían menos.

Y algo más puntual hoy en día si es vamos a hablar de convenio 5 población general, niños, niñas y adolescentes, hicimos con Sename protección, donde nos encontramos con los PDC, programas que interrumpen o intentan interrumpir el consumo de drogas, y que están también dentro de la línea 24 horas desde sename protección, también esos dispositivos si es que se los pedimos.

Sename también cuenta con PIE, que se va encargar entonces de trabajar con la familia, PIE también tradicional, si la atención se complicó hay PIE 24 horas que son especializados de

por medio, y que si tiene problemáticas de consumo los derivan entonces a PDC, ya, llegamos entonces al PDC, y al multi sistémico, que son los que trabajamos, pero PDC son los programas que pasan a atención de ambulatorio básico, porque tienen una cantidad de recurso humano parecida a la nuestra y trabajan con 60 – 65 pacientes.

Inviabile, entonces, esta puesto el dispositivo y si tú me dices y miras desde arriba, te las das de dios y miras desde arriba, vas a ver que están los dispositivos, vas a decir se preocupan de los cabros y que el PIE derivan para allá, mira como las líneas se mueven, haces un gráfico de alguna muestra, en ese sentido de programa como se le quiera llamar, miras que la cuestión está funcionando, las derivaciones se hacen para allá y para acá.

Y aportas porque te pasas el rollo de que estás haciendo las cosas y que es tan complejo lo que dibujaste que mira en lo que estamos, y ahí entramos los que trabajamos en el área y te das cuenta de que si, hice las derivaciones, me funcionan, es parte de la complementariedad, en realidad tenemos ciertos criterios de ingresos, trabajamos en complementariedad, etc, pero insisto en estos casos tenemos pocos dispositivos con pocos recursos para atender muchos cabros.

Y ahí se ocupan también, finalmente después están tan desgastados, que se ocupan de visualizar el tema, bueno que mantengan la pega seria y para eso hago los terrenos que tengo que hacer y después cuando llego contando que hice 10 terrenos, ya y ¿qué hiciste?, “puta” pase a cumplir, si soy sincero, si la persona es sincera te dice pase a cumplir, no me queda otra, con estos cabros no hay nada que hacer.

Y los programas de SENDA, yo diría que tienen una diferencia importante con los de SENAME de que hay una reducción, en costo económico para instalar los dispositivos y todos los profesionales. Que ahí son los mínimos para poder intervenir una forma relativamente, idónea, idónea, si por que iba a decir digna, pero suena como muy tirado al piso, si poh, idónea, el tema es como los privados y los no privados utilizan esos recursos y para que decir los que han creado más posibilidades en lo posible, porque nosotros llegamos y distribuimos acá.

La diferencia con un público donde esos mismos recursos que entrega SENDA o nuestro, como el ambulatorio, se los dan, por ejemplo, al CRS de Pudahuel, que está dentro del mismo

CESFAM, donde las platas llegan al servicio de salud, y ellos distribuyen, cachay y no les llegan las platas directamente al programa, tendría que llegarle, por eso ese tipo de programas, todo esto lo estoy editando.

Ese programa decidió no contratar psiquiatra como 8 meses y trabajaron sin psiquiatra, cachay, e iban a hablar con la jefa, y la jefa del área de salud, no tengo idea, quien habrá sido, del CESFAM, no que ellos se las arreglen, por ultimo llama al psiquiatra que tenemos acá a los cuales podían optar, pero en un horario muy reducido, bla bla bla, tampoco con experiencias de adicciones, entonces, todas esas complejidades, que las ve un persona común y corriente de alguna u otra forma nos pueden llegar a nosotros.

Pero insisto, dejando de ser más llorón, tenemos posibilidades de intervenir de una forma idónea, o intentando que lo más idónea, y eso terminaría siendo que el paciente tenga acceso a salud, en esta área, salud mental y ligado a las adicciones, los pacientes, de forma fluida que tenga un espacio decente, donde se les atienda, donde tengan también profesionales capacitados, para lo que supuesta estamos haciendo.

Somos entre comillas especialista en el área de las adicciones y salud mental, entre todos tratamos de ser especialista, cada en su área aporta una parte, y desde ahí pudiese ocurrir algo, pero lo sigo lamentando dentro del micro espacio, después volver afuera que es nuestro gran drama, que no ha salido, te encuentras con lo mismo, si porque estamos probando hasta que, por eso mismo, encontrarlo depende de una forma misma,

Ya ese es mi discurso, pero hasta el momento me ha llegado hasta ahí no más, cachay, dentro de lo que he podido estudiar y trabajar de estos 10 años, falta todo un engranaje y anclaje mucho más potente de lo que tiene que ver con el elemento, cual podría ser el concepto social, del tejido social, del tejido social llegar y ya estar afuera, tengamos sin dispositivos más que te puedas alinear en una situación compleja para que en ese espacio.

La solución cual era, si estaba relativamente claro, por lo menos, un parche era que pudiésemos confiar en SENAME, como que SENAME iba a llegar y te pudieses terciar con, sal de tu casa y anda a SENAME, y uno pudiese pensar entre llegar acá, va a estar en su casa, lo va a estar atendiendo el profesional, no, te cuestionas si mandarlos al CREAD o que se quede consumiendo Pasta Base afuera de su casa, porque va a consumir, va a entrar a la casa,

que tiene donde dormir y que no se lo van a violar, porque igual se lo van a violar en la calle, pero en el CREAD o cualquier programa de SENAME RESIDENCIAL, no tienes ninguna una seguridad e históricamente esa es la representación mental que nos hemos hecho.

Entonces, es una pata fundamental si trabajamos con Niños, Niñas y Adolescentes que ha sido vulnerado y que para estar en una condición como la que nos llega a nosotros, tienen que haber pasado por un montón de vulneraciones, SENAME protección no apareció en el momento que tenía que aparecer, si esperamos por eso 20 o 40, 50 años más valla mejorando y estos programas fueron parte del circuito de aquellos que se fueron saliendo, pero sin embargo venían con menos vulneración, menos trastocados, pueda intervenir acá y puedan retornar después a un espacio social o micro espacio social, un poco más contenedor.

Y si no contemos muchas veces con un SENAME que haga la pega, un SENAME RESIDENCIAL que te de confianza mandar al cabro chico, porque hay una metodología de trabajo, porque hay recurso humano, pero no tiene nada de eso, que sea un lugar de apoyo, que te de confianza, si es el Servicio Nacional de Menores, la protección, entonces eso no lo tenemos, y por eso y por tantas falencias, y elementos angustiosos, es que a rato hacemos más de lo que debiésemos hacer, cachay.

Y ese mas, significa salirse de lo profesional y empezar a hacer pega de tío, de papa, de abuelo, buscando como sea la protección del cabro, sin ser necesariamente el foco, pero aparece el lado humano, y me parece bien que sea, que ha rato surja, porque hay una necesidad y no hay otra alternativa, y que tenemos que seguir interviniendo, por un tema habitacional a pesar de no ser un espacio para cumplir o satisfacer esas necesidades, pero bueno, eso.

P2 AL

A mí me deja dos, ósea, obviamente dentro de todo lo que hay una gran variedad de focos, para detenerse a mirar ahí un rato, la falencia, como un criterio de realidad, de lo que es trabajar directamente con los chicos hoy en día, pero fíjese que al inicio, el tema de qué pasa con los chicos, que por ejemplo, 3 años presenta una des adecuación escolar, y desde ahí viene la deuda que usted dice, de la deuda de los dispositivos que en ningún momento llegaron a calibrar este apoyo en estas instancias, entonces como que la pregunta es, la

intervención temprana no existe, la intervención temprana realmente no es ejecutable en los momentos que deberían ser.

Porque si un chico en una condición, que ya viene a ser parte de una básica y a temprana dos años de básica está desertando, yo creo que tiene que estar el dispositivo ahí pegado, de inmediato, haciendo un trabajo con una figura, con un paciente, con un chico, adolescente, usuario, como lo quieran determinar que es de mucha más accesibilidad al diálogo, a la intervención, a la contención, y sobre todo a una línea interventiva apropiada y eso todavía no está.

He conocido casos durante el tiempo que llevo, la abuela del chiquillo, de 6 años, pero que las evaluaciones de hiper actividad y déficit atencional, son a partir de un médico, que solamente lo sienta y le dice quédate quieto y si el chico no se queda quieto tiene hiper actividad y desde ahí Ritalin o que el chico, lamentablemente para dormir le tienen que dar Quetiapina, y le está dando Quetiapina a los 6 años, sin ni siquiera una receta, sin ni siquiera una evaluación, específicamente de un médico Infante Adolescente.

Entonces desde ahí, hay una intervención temprana sin ejecutarse todavía, hay una intervención de parte de los dispositivos que no se está dando y que llega a ser la secuela de estos chicos, que ya vienen trastocados como usted dice, y que cuando llega con nosotros, realmente no hay mucho de donde tomar.

Y, es más, el trabajo es casi re significar, ni siquiera ya es intervenir, fijase que ya es re significarle la idea de lo que tiene hasta el momento de daño y como sigue viviendo con su daño, más tolerable, siempre con la idea de cómo le damos a entender a él de que su realidad es esta y que independientemente de que le guste o no, y desde ahí el panorama se vuelve mucho más nefasto, mucho más como decirlo, más perverso a la hora de intervenir.

Eso por un lado le genera a uno una forma de inseguridad hasta qué punto yo voy a darle respuesta o que puedo buscar por intermedio de una intervención que yo logre junto con el joven encontrar una respuesta a su problema, porque en cierta forma un en la misma terapia no le da la respuesta, le ayuda a encontrar la respuesta que él tiene, por lo que yo he entendido a nivel de intervención.

Entonces a partir de ahí, si hubiese una intervención temprana a partir de temática puntual, porque desarto, cual fue la temática puntual, que puede ocurrir desde lo más mínimo, que puede ocurrir hasta de un Bulling, que ocurre con eso, cuando se interviene, cuando se llega a tener claro el panorama desde ahí, que fue lo que le afectó al joven, como se hace un proceso retroactivo para que él haga una reparación con respecto a esta temática, que no genere lo que tenemos hoy en día un adolescente infractor de ley con consumo problemático de drogas, porque eso es lo que ocurre.

Lamentablemente, fijase en una cosa bien tétrica que a mí me ocurre, que chicos que en algún momento yo conocía en consultorio o en programa ambulatorio intensivo hoy en día yo me doy cuenta que están pagando condena, y que en muchos de los dispositivos ocurre esta situación, incluso deja de ser profesión y vocación, llega a ser muchas veces como una naturalización de que el joven que comenzó con consumo problemático le queda solamente un poco y eso es Santiago Uno, nada más, el chico que hizo, quedo en Santiago Uno, y desde ahí bajar los brazos es lo más ético.

Definir que ya no hay una política de intervención correcta para él es lo más correcto al parecer para los demás dispositivos y lo digo porque lo he visto en muchas instancias, por ese lado a uno le genera un gran desconcierto, por el cómo tener que trabajar y desde ahí un trabajo que está en deuda es el trabajo a nivel familiar, a mí me llamo la atención la política que tiene el Reino Unido es bien interesante.

La política del Reino Unido involucra, y con esto me pego a lo que usted decía de las políticas de Australia, lo que fue España que fue el que comenzó a trabajar en esta temática de infracción de ley, consumo problemático, ellos son los fundadores de todo este panorama de trabajo y allá llegaron a tal instancia de entender que la responsabilización judicial no era del adolescente, la responsabilización judicial era del adulto, porque el adolescente está en un proceso que si nos tomamos del aprendizaje del desarrollo y desde la naturalización de la rebeldía, la transgresión de normas, el no límites, estamos hablando de un adolescente.

Un adolescente tiene todas esas características hasta que genera la infracción de ley y ahí estamos hablando de una problemática a nivel de política, que es distinto, pero un chico es transgresión, es infractor de las propias normas del hogar, tiene transgresión de la norma, tiene

un compromiso Biopsicosocial que cuando él quiere puede lagar a transformarlo en severo, donde puede colocarse en el peor de los riesgos.

Puede llegar a tener conductas agresivas, parte del mismo desarrollo del adolescente, pero quien regula, quien mantiene esa condición es el adulto, es él que regula, es el que se mantiene a la par respecto del monitoreo y si ese adulto en algún momento no monitoreaba a cabalidad lo que significaba para él tener un adolescente, un menor a su cuidado el gobierno a quien llamaba era a él.

Por ejemplo, el joven generaba un delito, al chico lo tomaban detenido y después le decían donde vive usted, usted vive en tal lado, perfecto, ahí llegaban, usted es el padre de este joven, si, perfecto, está detenido, y ¿porque?, porque su hijo cometió un delito, pero porque si lo cometió él, si pero usted es el adulto responsable, y era el que tenía que estaré en todos los procesos de seguimiento familiar, y ahí estaba lo que era la recuperación de vínculo familiar, y la recuperación de vínculo familiar significaba esto; involucrar al joven, acompañarlo en el proceso y donde él que daba fe de todo lo que estaba realizando el hijo era el padre.

A partir de esto claramente, se hacía un monitoreo a la figura que es de contención, y el trabajador social no intervenía sino hasta que el joven estaba realmente dispuesto a ser parte de un proceso donde se involucraba al padre, pero hay un adolescente que decía en qué momento se quería vincular, aquí fíjese en algo bien paradójico, aquí el ultimo que se vincula muchas veces es el padre, aquí es todo lo contrario, aquí el que primero se interviene es el joven, teniendo en cuenta que es una consecuencia del daño, teniendo en cuenta que es lo que ha tenido como origen cargas emocionales.

El ultimo que se vincula después es el padre, el que llega al último y dice quiero ser parte del proceso, allá van al origen comienzan a trabajar el problema a fondo y después le dicen al hijo, quiere ser parte de esto, quiere entender que ocurrió en su momento cuando genero esta situación, entonces hay un ejercicio de reparación que a mi modo de ver es desde una forma legítima y ordenada, es desde el orden que debería ser.

Entonces eso tendría que ser desde una política pública que tendría que llegar a trabajarse, en donde primero se interviene es a la familia, porque si ustedes se dan cuenta, volvemos a lo mismo, los procesos que estamos llevando son con los chicos realmente y el chico puede

llegar a tener tanta resiliencia que pudiese llegar a decir yo comprendo que vivo en el castillo y que vivo en la zona donde están todos los traficantes, pero yo voy a salir del castillo y me voy a ir donde mi abuela que vive en Vitacura, en donde no voy a consumir.

Pero hay que mirar ahí si es que es la familia la que primero consume, entonces desde ahí hay todo un tema si llegamos al real objetivo de intervención, cual es el problema, que, en muchas ocasiones, no estamos preparados y no se tiene la suficiente vocación, profesión o como se le quiera decir, para decirle a una persona cual es el verdadero problema que hay.

Fíjese que hoy en día, con uno de los casos que teníamos, el discurso que llevo esta persona después, obviamente por confidencialidad no voy a nombrar, pero esta persona fuera que se hace un test con el joven, se le realizan todas las evaluaciones, se le hace un test que sale 5 sustancias completamente negativo, yo le comento cual fue el relato de su permiso y el relato del permiso de ella es negativo y yo le pregunto a ella por qué.

Ella me decía que, yo le decía que se subiera el pantalón y no se lo subía, le decía que no acostara en la cama del hermano se acostaba, le dije que se bañara no se quiso bañar, y yo le dije me está hablando de un adolescente, pero acá el objetivo de la intervención no es porque él sea un adolescente, el objetivo de la intervención es porque él tiene un consumo y yo tengo un test con todos los elementos del consumo negativos, de que me está hablando entonces.

P1 RG

La capacidad de invisibilidad el problema, claro eso lo podemos ir viendo nosotros en el camino, las dificultades están en lo social, macro espacio, micro espacio de la familia, como estas familias han sido vulneradas por el sistema, por el espacio, y el espacio se vuelve en un espacio a un más circunscrito vulnera y comienza a vulnerar a sus propios integrantes, los niños entonces son vulnerados por sus familias por el sistema y así la cadena.

P3 OG

De esta complejidad que hablamos que es macro me quedaría con la idea de que tenemos que hacer buenas comunicaciones e intercambio con los programas que contribuyen y complementan y para eso hay que tener estrategias muy focalizadas y claras, para que los nos entreguen su forma para establecer códigos en comunes.

Estos códigos comunes y materiales que nos permitan trabajar fruto de lo mismo, cosa de ver lo que no estamos haciendo y eso nosotros si lo decimos, tenemos conceptualizaciones más potentes que una simple norma, más potente que tener un listado de chiquillos, tenemos un compromiso ético con lo que queremos y creemos para llegar a cosas.

b) Operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variables	dimensiones	Sub dimensiones	Resultados
Caracterizar factores del trabajo en red que inciden en la interrupción y	Abandono	Trabajo en red	Centros de tratamiento, en convenio Infanto-adolescentes.	Respuesta a la demanda de tratamiento

abandono de tratamiento.	Interrupción	Dispositivos derivantes	Instituciones e dispositivos. Equipos tratantes y complementarios.	Limitantes inteventivas. Lineamientos programáticos.
		Trabajo Complementario	Lineamientos técnicos. Trabajo interventivo.	Políticas públicas. Ejecución y desarrollo de Políticas Públicas.
		Población atendida.	Vulneración y abandono. CPBPS.	Perfil convenio v adolescentes población general.
Describir los factores biopsicosociales presentes en los pacientes que propician la interrupción y abandono de tratamiento.		Salud mental	Daño Orgánico. Crisis y situaciones de riesgos Enfermedades y trastornos no tratados.	Trangeneracionalidad y salud mental
	Tratamiento en Población	Nivel de riesgo y daño	Determinismo geo-espacial. Acciones de sobrevivencia y autodefensa	Aspectos del entorno y el contexto

	Infanto Adolescente		como estrategias de contención.	
		Compromiso biopsicosocial	Salud física y mental. Desarrollo psico- emocional. Familia. Reparación. Integración social.	Episodios traumáticos no tratados. Daño orgánico. Vulneración y abandono.
Identificar los factores metodológicos del equipo de trabajo interventivo en CTR Cronos, que inciden en interrupción y Abandono de tratamiento.		Enfoque	De derecho Medicojuridico reducción de daño	Trabajo multidisciplinario e interdisciplinario
		Modelos interventivos	Perspectivas teóricas. Trabajo técnico profesional. Trabajo teórico y práctico.	Formación técnico profesional deficitaria. Dificultades en el desarrollo del trabajo clínico. Tecnocracia y asistencialismo.

		Metodologías	Complejidad de casos. Perspectiva teórica y práctica de equipo clínico. Visualización homogénea de problemáticas de sujeto de atención.	Limitantes inteventivas. Dificultades en el que hacer multidisciplinario e interdisciplinario desde el trabajo clínico. Desarrollo interventivo estandarizado.
--	--	--------------	--	---

c) Aplicación de preguntas semi estructuradas.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las Complejidades y/o factores que inciden en la interrupción del tratamiento en población Infanto adolescente con consumo problemático de Alcohol y Drogas identificadas por los profesionales del Centro de tratamiento y Rehabilitación Cronos PAI-PR/IA?

Objetivo General	Objetivos específicos	Preguntas de entrevista semi-estructurada
Conocer los factores y complejidades que inciden en la interrupción o	Conocer los factores y complejidades que	1_. ¿De qué manera el equipo técnico visualiza las complejidades y/o factores

abandono de tratamiento en población Infanto Adolescente con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas identificadas por los Profesionales del Centro de Tratamiento y Rehabilitación Cronos PAI-IA/PR-IA	producen abandono e interrupción al tratamiento, desde el ejercicio reflexivo y técnico desarrollados por los profesionales del Centro Cronos PAI-IA/PR-IA.	que han provocado dificultades en el desarrollo de proceso de tratamiento? 2_ identifique problemáticas presentes en pacientes atendidos, que dificultan el desarrollo efectivo de tratamiento?
	Identificar los factores que generan interrupción y abandono en el proceso de tratamiento analizados desde el ejercicio reflexivo y técnico de los profesionales del Centro Cronos PAI-IA/PR-IA.	1_. ¿Cuáles han sido las principales causas que propician y/o inciden en la interrupción y/o abandono de tratamiento? 2_. ¿Qué situaciones se han presentado como punto de inflexión al momento de provocarse abandono y/o interrupción de tratamiento?