



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**“EL TRATAMIENTO DE ABSTINENCIA EN ADOLESCENTES
CON CONSUMO PERJUDICIAL Y/O DEPENDIENTE DE
DROGAS VINCULADOS A LOS CENTROS DE TRATAMIENTO
AMBULATORIO DE QUILPUÉ Y RESIDENCIAL CLOTARIO
BLEST RIFFO Y SU RELACIÓN CON LA DESPENALIZACIÓN
DE LA CANNABIS EN CHILE”.**

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO
PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL.

ALUMNA: MAKARENA SÁNCHEZ BARROS

PROFESORA GUÍA: JEMIMA FERNÁNDEZ HORMACHEA

2016



Agradecimientos

Es complejo expresar en estas palabras lo agradecida que estoy de la vida y de mis padres por conducirme en este camino largo. Hoy que estoy ad portas de ser una profesional miro hacia atrás y me emociona recordar bellos momentos de mi proceso educativo. Sin duda, los principales responsables de que culmine con éxito esta etapa son mis padres, Héctor y Haydeé. A mi madre que con dedicación, creatividad, compromiso y mucho amor por enseñar me orientó desde niña a encontrarle un sentido e importancia a la educación, por instalar en mí las ganas de querer ser siempre la mejor. A ti mami, te debo todo lo que soy hoy, gracias por tu sabiduría, solidaridad y por confiar siempre en mis capacidades. A mi papi, que con su lucha día a día se ha esforzado por darnos las mejores condiciones y comodidades, siempre tan trabajador, te admiro por todo lo que eres como persona, por tu alma pura, sé que estas orgulloso de mi y espero retribuir cada esfuerzo que has hecho por nosotras.

Papitos, estoy orgullosa de ustedes, gracias por la formación que me entregaron. ¡Al fin seré Trabajadora Social!. También mencionar a mis hermanas, Cinthya y Katherine, que son un pilar fundamental para mí, ya que por ellas me desvivo y por quienes quisiera hacer de este mundo un lugar mejor, las amo.

No puedo dejar de mencionar a mi compañero Nicolás, mi amor incondicional, que fue quien me contagió con toda su energía durante este proceso, me acompañó, me contuvo y supo entenderme en todo momento. Es por eso, que agradezco cada gesto y cada día agradeceré tenerte junto a mí. Te amo mucho.

Finalmente, agradecer a todos con quienes compartí hermosos momentos en la Escuela de Trabajo Social, para todos ustedes muchas gracias por ser parte de esta linda experiencia.

*De eso se trata, de
Coincidir con gente
Que te haga ver cosas
Que tú no ves. Que te
enseñe a mirar con
otros ojos.
Mario Benedetti.*

1. RESUMEN

La presente investigación cualitativa, tiene como objetivo central conocer los significados del tratamiento de abstinencia en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas vinculados a los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué y Residencial Clotario Blest Riffo y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile.

La identificación de las características evolutivas de la adolescencia, los significados del proceso de abstinencia/ rutina diaria y de la red de apoyo social dejan una serie de elementos que deben considerados en el tratamiento de abstinencia y la despenalización de la Cannabis. Lo anterior, instala la necesidad de la creación de dispositivos de cuidado de la salud que protejan la infancia y adolescencia.

Palabras claves: adolescentes, tratamiento de abstinencia, consumo perjudicial y/o dependiente de drogas, despenalización cannabis.

1.1. ABSTRACT

The current qualitative research has as the main objective to know the meanings of the abstinence treatment in teenagers with harmful or dependent drugs consumption linked to the ambulatory treatment centers in quilpue and clotario blest riffo residential and its relation with the cannabis decriminalization in Chile.

The identification of the evolving teenage characteristics, the meanings of the abstinence/ daily routine and the social network of support leave a group of elements that should be put into consideration in the abstinence treatment and cannabis decriminalization. As explained previously, there's a need of healthcare dispositives creation that can protect the infancy and teenage ages.

Keywords: teenagers, abstinence treatment, harmful drug consumption, cannabis decriminalization.

INDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO I: CONTEXTOS	8
1. PRESENTACIÓN	9
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	10
2.1 Antecedentes Generales C.T.R.....	10
2.1.1 Identificación Institucional.....	10
2.1.2 Tipos de Atención.....	10
2.1.3 Radio de Acción	10
2.1.4 Cobertura.....	11
2.1.5 Población objetivo	11
2.1.6 Vías de ingreso.....	11
2.1.7 Objetivos de la Institución.....	11
2.1.8 Infraestructura	12
2.1.9 Plan de Tratamiento	13
2.1.10 Organigrama General.....	13
2.2 Antecedentes Generales C.T.A.	14
2.2.1 Identificación Institucional.....	14
2.2.2 Tipos de Atención.....	14
2.2.3 Radio de Acción	14
2.2.4 Cobertura.....	14
2.2.5 Población Objetivo.....	15
2.2.6 Vías de ingreso.....	15
2.2.7 Objetivos de la Institución.....	15
2.2.8 Plan de tratamiento	15
2.2.9 Organigrama General.....	16
3. CONTEXTO PROGRAMÁTICO	17
3.1 Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018.....	17
3.1.1 Objetivos de la Estrategia Nacional de Drogas.....	17
3.2 Red de Servicio de Salud Mental.....	19
3.3 Norma y Orientaciones técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación	20
3.3.1 Plan de tratamiento y rehabilitación ambulatorio intensivo para población general.	20
3.3.2 Plan de tratamiento y rehabilitación residencial para población general. 22	
3.4 Garantías Explícitas en Salud.....	24
4. CONTEXTO LEGAL	26
4.1 Antecedentes legales de las drogas en Chile.....	26
4.2 Proyecto de ley que Despenaliza la Cannabis en Chile	28

4.3	Protección a la infancia en materia de drogas	30
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL		31
1.	PRESENTACIÓN	32
2.	ADOLESCENCIA.....	33
2.1	Adolescencia como etapa del ciclo vital.....	33
2.2	Cambios biológicos.....	34
2.3	Desarrollo Cognitivo.....	34
2.4	Contexto familiar	37
2.4.1	Ciclo vital familiar.....	38
2.5	Grupo de pares.....	38
2.6	Vinculación con la escuela.....	39
2.7	Conductas de riesgo	40
3.	CONSUMO DE DROGAS	41
3.1	Factores de riesgo y protectores	42
3.2	Consumo de cannabis	47
3.2.1	Droga de entrada y soporte artificial.....	49
3.2.2	Aceptación del consumo de drogas.....	49
4.	SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA.....	49
4.1	Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas	50
5.	TRATAMIENTO DE ABSTINENCIA	51
5.1	Síndrome de abstinencia	52
6.	RUTINA OCUPACIONAL	52
7.	RED DE APOYO SOCIAL	54
CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN		56
1.	PRESENTACIÓN	57
2.	FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.....	58
3.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	59
4.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
4.1	Objetivos de la investigación	59
5.	COLECTIVOS DE INVESTIGACIÓN Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN ...	60
5.1	Colectivo primario de investigación	60
5.2	Colectivo secundario de investigación	60
6.	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	61
7.	PLAN DE ANÁLISIS	62
8.	CRITERIOS DE RIGOR	62

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS DATOS	63
1. PRESENTACIÓN	64
2. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ADOLESCENCIA	65
2.1 Cambios en la adolescencia	66
2.1.1 Desarrollo sexual.....	66
2.1.2 Búsqueda de la identidad	66
2.1.3 Desarrollo cognitivo	68
2.2 Contexto familiar	70
2.2.1 Crisis normativas del ciclo vital familiar	70
2.2.2 Crisis no normativas del ciclo vital familiar	71
2.2.3 Independencia de la familia	72
2.3 Grupo de pares como modelo de referencia.....	73
2.3.1 Conductas de riesgo.....	75
2.4 Percepción de riesgo de la Cannabis	77
2.4.1 Cantidad y calidad de la información.....	77
2.4.2 Creencias y actitudes	79
2.4.3 Experiencia con la sustancia	81
2.4.4 Percepción de la sustancia.....	82
2.5 Consumo de Cannabis	85
2.5.1 Soporte artificial.....	85
2.5.2 Síndrome amotivacional por consumo de cannabis	86
2.5.3 Salud mental.....	88
2.5.4 Vulneración de derecho Niños, Niñas y Adolescentes	92
2.6 Análisis integrado de la Unidad de Análisis N°1	93
3. ABSTINENCIA Y RUTINA DIARIA	97
3.1 Motivación al cambio	97
3.2 Síndrome de abstinencia	100
3.3 Significados de la abstinencia.....	101
3.4 Rutina ocupacional	104
3.5 Análisis integrado de la Unidad de Análisis N°2	108
4. RED DE APOYO SOCIAL	110
4.1 Red de apoyo familiar	110
4.2 Red de apoyo del Grupo de pares	116
4.3 Red de apoyo institucional.....	118
4.4 Análisis integrado de la Unidad de Análisis N°3	122
CAPÍTULO V: HALLAZGOS, PROPUESTA Y CONCLUSIONES	124
1. PRESENTACIÓN	125
2. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	126

2.1	Hallazgos en vinculación con las subcategorías de Análisis	126
2.2	Hallazgos en relación a la Norma y Orientaciones Técnicas que rigen los Planes de Tratamiento y Rehabilitación	128
3.	PROPUESTA	128
3.1	Justificación de la propuesta.....	128
3.2	Propuesta de mejora a la norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación.....	129
4.	CONCLUSIONES	153
4.1	En vinculación con los Objetivos de Investigación.....	153
4.2	En vinculación con el Trabajo Social y el consumo de drogas en los adolescentes.....	154
	BIBLIOGRAFÍA.....	156
	ANEXOS.....	161
	Anexo 1: Pauta de entrevista semi-estructurada usuarios.....	161
	Anexo n° 2: Grupo de discusión profesionales	163

CAPÍTULO I:

CONTEXTOS

1. PRESENTACIÓN

El Tratamiento de Abstinencia por Consumo Perjudicial y/o Dependiente de drogas en la adolescencia y su relación con la despenalización de la Cannabis en Chile, se constituye en el fenómeno a investigar y nos invita a conocer los diversos contextos que forman parte del presente Seminario de Título. El abordaje del consumo de drogas en la adolescencia se enmarca bajo una serie de lineamientos institucionales, programáticos y legales.

De esta forma, el capítulo denominado *contextos* se desarrollará como se expone a continuación:

1. Contexto Institucional

- Antecedentes Generales Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo.
- Antecedentes Generales Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué.

2. Contexto Programático

- Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018.
- Red de Servicios de Salud Mental.
- Norma y Orientaciones técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación.
- Garantías Explícitas en Salud.

3. Contexto Legal

- Antecedentes legales de las drogas.
- Proyecto de Ley que despenaliza la Cannabis en Chile.
- Protección a la infancia en materia de Drogas.

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El presente apartado tiene por objeto identificar las respectivas instituciones donde se llevará a cabo el Seminario de Título de la estudiante, para de esta forma conocer los objetivos y principios que mueven el accionar profesional en su interior. Se pretende contextualizar acerca de los principales lineamientos institucionales que configuran el *Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo* y el *Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué*.

2.1 Antecedentes Generales C.T.R

2.1.1 Identificación Institucional

Nombre:	CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL CLOTARIO BLEST RIFFO
Coordinador:	Ps. Rodolfo Pérez de Arce.
Ubicación geográfica:	Calle Simpson #172, Quilpué, Quinta Región de Valparaíso, Chile.
Teléfono y/o Fax:	(032) 2253041 – (032) 2212160
E-mail:	rutinactr@gmail.com.
Horarios de atención:	De 8:00 hrs. a 18:00 hrs.
Dependencia legal:	Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota (administrativo). Corporación Psicofam (ejecutor).

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

2.1.2 Tipos de Atención

Atención de carácter residencial, destinada a proporcionar tratamiento socio-sanitario a población Infanto-adolescente con consumo problemático de drogas.

2.1.3 Radio de Acción

El Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo se ubica en la Quinta región de Valparaíso, específicamente en calle Simpson #172, de la comuna de Quilpué. La institución depende del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) el cual tiene una extensión geográfica de 7.506 km², y una población asignada de 863.923 habitantes, los cuales, en su mayoría, se encuentran concentrados en localidades urbanas. Dentro de la jurisdicción del SSVQ existen 17 comunas correspondientes a las provincias de Petorca,

Quillota y Valparaíso. Este servicio, es uno de los tres Servicios de Salud, y entre ellos es el de mayor extensión geográfica y también de mayor población asignada¹.

A través del Hospital de Quilpué son entregados los recursos económicos a la Corporación Psicofam, quien distribuye los fondos al Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo.

2.1.4 Cobertura

El contrato del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y Psicofam contempla la implementación de Planes de Tratamiento Residencial para un mínimo de 6 adolescentes menores de 20 años (6 planes residenciales para Infanto-adolescentes por mes, con un total de 72 planes al año).

2.1.5 Población objetivo

- Adolescentes varones entre 10 y 19 años 11 meses 29 días.
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo.
- Consumo dependiente de drogas.
- Consumo moderado a severo de sustancias.
- Red de apoyo ineficaz en la contención del joven y su cuadro, o inexistencia de ésta.
- De existir patología psiquiátrica, ésta debe estar compensada.
- Sin infracción de ley formalizada.

2.1.6 Vías de ingreso

El CTR Clotario Blest Riffo recibe a adolescentes varones pertenecientes a la jurisdicción del SSVQ. No obstante, existen derivaciones intra-servicio, es decir, pacientes de otros servicios de salud del país que son derivados al SSVQ y éstos a su vez derivados al Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo.

2.1.7 Objetivos de la Institución

❖ **Objetivo General:**

- *“Constituirse en un dispositivo de salud mental, que entregue tratamiento sociosanitario en modalidad residencial, a adolescentes varones, entre 10 y 19 años 11 meses de edad, que presenten consumo problemático de drogas, basados en los ejes de la cultura de la paz, la*

¹ Manual de Organización Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Gobierno de Chile. Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, octubre de 2009.

educación en valores, la reparación de "carencias" y la inserción sociocupacional".

❖ **Objetivos Específicos:**

- *Realizar diagnósticos vinculados al consumo de drogas y/o alcohol de adolescentes varones entre 10 y 19 años 11 meses de edad.*
- *Otorgar tratamiento sociosanitario residencial a adolescentes varones, entre 10 y 19 años 11 meses de edad, que presenten consumo problemático de drogas y/o alcohol.*
- *Articular redes sociocomunitarias, educacionales y de salud, que permitan la inserción sociocupacional de adolescentes varones de entre 10 a 19 años 11 meses, que presenten consumo problemático de drogas y/o alcohol y se encuentren en tratamiento residencial en CTR Clotario Blest.*
- *Desarrollar conocimiento científico en el marco del consumo problemático de drogas en población infanto-adolescente, que permita fortalecer los lineamientos programáticos de CTR Clotario Blest*

❖ **Se entenderán como objetivos del tratamiento residencial, lo siguientes aspectos:**

- *Realizar diagnóstico clínico y del compromiso biopsicosocial.*
- *Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio*
- *Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo*
- *Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio*
- *Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas*
- *Apoyar el desarrollo de habilidades sociales*
- *Orientar y apoyar el proceso de integración social*
- *Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida*
- *Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos alternativos o complementarios a la complejidad, cuando corresponda.*
- *Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.*
- *Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.*

2.1.8 Infraestructura

El CTR Clotario Blest Riffo cumple sus funciones en una vivienda construida a base de hormigón sólido, y consta de 2 habitaciones para los usuarios, una con capacidad para dos personas y la otra para tres, además tiene dos baños, ambos con duchas, una oficina de Administración y Box de

atención, una cocina equipada, un comedor, una sala de estar, un patio extenso que rodea la casa con áreas verdes, árboles frutales y mesa de ping pong.

2.1.9 Plan de Tratamiento

El plan de tratamiento trabaja desde el Modelo de Abstinencia y el Modelo de Redes, con enfoque en la perspectiva Sistémico – Vincular del abordaje de las *carencias*, el Modelo de Ocupación Humana y el Modelo de Integración Sensorial. El plan de Tratamiento individual de los usuarios corresponde a una duración de 8 a 10 meses, dentro de los que el primer periodo de Pre – ingreso, conlleva la primera etapa del mismo, la que se denomina Etapa de evaluación diagnóstica y apresto (2 a 3 semanas). Luego, se encuentra la Etapa de Adaptación a la rutina y control de abstinencia (1 mes); Etapa de competencias (1 a 2 meses); Etapa de consolidación (3 meses); Etapa de pre – egreso (2 meses), y por último la Etapa de seguimiento al dar el Alta médica al usuario.

2.1.10 Organigrama General

Dentro de la estructura Organizacional del CTR Clotario Blest, en primer lugar se ubica el área de dirección de la institución, a través del *Coordinador*, existiendo además la figura de *Coordinador subrogante*. Luego se encuentra el equipo profesional y educadores de trato directo.



(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

2.2 Antecedentes Generales C.T.A.

2.2.1 Identificación Institucional

Nombre:	CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE QUILPUÉ
Coordinador:	Ps. Rodolfo Pérez de Arce.
Ubicación geográfica:	Camilo Henríquez #141, altura paradero 27, Quilpué.
Teléfono y/o Fax:	(032) 3173992
Horarios de atención:	De 11:00 hrs a 19:00 hrss.
Dependencia Técnica:	Ministerio de Salud (MINSAL)
Dependencia Administrativa:	Corporación Municipal de Quilpué

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

2.2.2 Tipos de Atención

Atención de carácter ambulatorio intensivo, destinada a proporcionar tratamiento a población Infanto-adolescente con consumo problemático de drogas. Asistencia del usuario durante cinco días a la semana por seis horas diarias o su equivalente determinado por el equipo.

2.2.3 Radio de Acción

El Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de Quilpué se encuentra ubicado en la Quinta Región de Valparaíso, específicamente en la calle Camilo Henríquez #141, altura paradero 27, Quilpué. El C.T.A. se encuentra inserto en la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, en donde dicha institución es la encargada de derivar los recursos a la Corporación Municipal de Quilpué.

2.2.4 Cobertura

El contrato del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la Corporación Municipal de Quilpué contempla la implementación de 144 planes anuales de Tratamiento Ambulatorio, lo que se traduce en 12 planes mensuales (atención de 12 jóvenes mensualmente en forma simultánea).

2.2.5 Población Objetivo

- Jóvenes de ambos sexos menores de 20 años de edad.
- Con consumo problemático de drogas.
- De grado moderado a severo, con una red que los apoyo, con compromiso biopsicosocial moderado a severo y sin patología psiquiátrica comórbida.
- De grado leve en su consumo, pero con patología psiquiátrica severa comórbida.
- En ambos casos, sin infracción de ley.

2.2.6 Vías de ingreso

El C.T.A de Quilpué recibe a adolescentes pertenecientes a la jurisdicción del SSVQ. No obstante, existen derivaciones intra-servicio, es decir, pacientes de otros servicios de salud del país que son derivados al SSVQ y éstos a su vez derivados al Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo.

2.2.7 Objetivos de la Institución

Respecto al Objetivo que presenta el C.T.A, cabe destacar que refiere a la *“abstinencia total del adolescente que presenta la problemática de consumo de drogas y alcohol”*, para ello es que la intervención que se realiza por parte de cada uno de los profesionales se enfoca en este ámbito, desarrollando actividades que permitan en primera instancia dividir el tiempo de actividad diaria que debe tener el adolescente de acuerdo a sus necesidades, y en segunda instancia, efectuar cada cierto periodo de tiempo intervenciones por parte del equipo multidisciplinario.

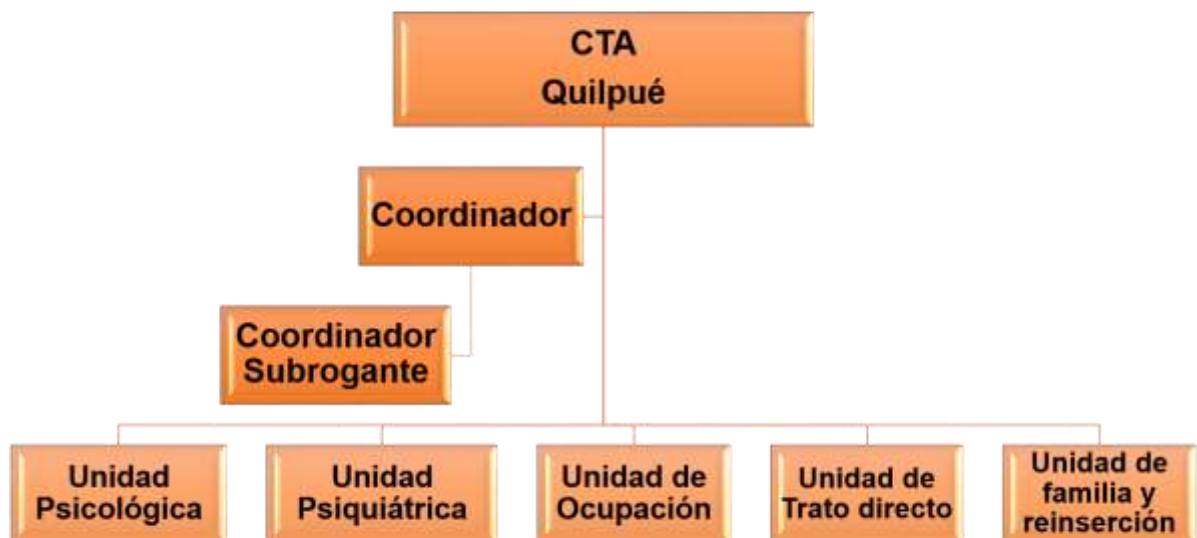
2.2.8 Plan de tratamiento

El plan de tratamiento trabaja con Modelos Sistémicos, de ocupación humana y de integración sensorial de manera flexible. Además de considerar el Modelo Ecológico, que entiende el surgimiento del consumo problemático de drogas y alcohol, a partir de la interacción que existe entre múltiples factores que lo propician. El plan o programa de Tratamiento incluye atención psicológica individual (una o dos veces a la semana), participación en talleres de motivación, recreación y de auto-cuidado (por lo menos una vez a la semana), atención en terapia ocupacional (al menos una vez por semana) visitas domiciliarias en base a la necesidad y fármaco-medicación según lo estime el equipo junto al psiquiatra.

El modelo de tratamiento hace referencia a la abstinencia total como meta, considerando la posibilidad que la reducción de daño se origine dentro del proceso como resultado.

En relación a las etapas de tratamiento, se inicia con una fase de pre-ingreso, en la que los profesionales determinarán mediante una evaluación la pertinencia del perfil de adolescente de acuerdo a criterios clínicos. Luego se encuentra la Etapa de Ingreso, seguida por la Etapa de Adaptación a la Rutina. Luego la Etapa de Consolidación; Etapa de Pre-egreso y por último la Etapa de seguimiento.

2.2.9 Organigrama General



(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

3. CONTEXTO PROGRAMÁTICO

Desde el enfoque de la política pública en Chile, se identificarán las líneas programáticas que sustentan las acciones de promoción, prevención e intervención en la problemática del consumo de drogas. Lo anterior, nos invita a conocer el contexto programático que orienta la investigación.

3.1 Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018 (CONACE, 2009) se funda en un conjunto de principios rectores, los cuales caracterizan y determinan la forma de abordar el problema del consumo y el tráfico de sustancias ilícitas en Chile. Estos principios son los pilares que fundamentan la Estrategia, por lo cual debieran estar presentes transversalmente en todos los programas, proyectos y acciones que las instituciones del estado y la sociedad civil lleven a cabo en la búsqueda del logro de los objetivos estratégicos que la componen.

❖ Principios rectores

- Una respuesta integral, condición indispensable para enfrentar el problema de las drogas.
- Corresponsabilidad, principio básico aplicable tanto en el plano internacional como en el interno.
- Intersectorialidad y complementariedad
- Equilibrio e interdependencia entre las acciones destinadas a la reducción de la demanda y las dirigidas al control de la oferta.
- Intervenciones desarrolladas en base a la evidencia.
- Participación Social
- Compatibilidad entre el conjunto de los Derechos Humanos y libertades fundamentales y las necesidades de seguridad ciudadana.
- Enfoque de género y diversidad cultural en las intervenciones.
- Segmentación de acciones y modos de intervención según especificidades territoriales.
- Evitar la estigmatización y la exclusión social de los consumidores de drogas.

3.1.1 *Objetivos de la Estrategia Nacional de Drogas*

❖ La Estrategia tiene como fin u objetivo principal:

- *“Evitar el consumo, reducir el abuso y disminuir la disponibilidades de drogas y las consecuencias negativas asociadas a tales fenómenos en el país en el lapso del decenio 2009-2018.”*

Objetivos Estratégicos

❖ Reducción de la Demanda

- *“Fortalecer y potenciar la capacidad de las familias como principal agente protector del consumo de drogas y alcohol”.*
- *“Evitar, disminuir y mitigar el consumo de drogas y alcohol en niños y jóvenes de todas las instituciones educativas del país, en un proceso continuo y sistemático”.*
- *“Favorecer la instalación de programas de prevención del consumo de drogas en instituciones y empresas públicas y privadas”.*
- *“Desarrollar intervenciones de prevención selectiva y secundaria especialmente con adolescentes y jóvenes”.*
- *“Aumentar acceso y oportunidad de tratamiento y rehabilitación a la población infantil, adolescente y adulta con consumo problemático de drogas”.*
- *“Aumentar acceso y oportunidad de tratamiento y rehabilitación a la población adolescente y adulta con consumo problemático de drogas en conflicto con la justicia”.*
- *“Aumentar acceso y oportunidad de tratamiento y rehabilitación a grupos específicos (mujeres, mujeres embarazadas, adultos de calle) y grupos emergentes”.*
- *“Fortalecer la calidad de la atención de los programas de tratamiento de acuerdo a las necesidades específicas de las poblaciones atendidas”.*
- *“Aumentar la detección precoz y facilitar el acceso y oportunidad de tratamiento a niños, adolescentes y adultos consumidores problemáticos de drogas”.*
- *“Promover y fortalecer mecanismos de integración social dirigida a personas con consumo de riesgo y consumidoras problemáticas que se encuentran en proceso de tratamiento y rehabilitación”.*
- *“Fortalecer canales formales de participación que faciliten a la ciudadanía y sociedad civil su pleno involucramiento en la prevención del consumo de drogas”.*
- *“Aumentar el conocimiento y el compromiso de la comunidad nacional, para abordar el problema del consumo y tráfico de drogas”.*

❖ Reducción de la oferta

- *“Impedir el ingreso y evitar la utilización de nuestro territorio como ruta de tránsito”.*
- *“Impedir la distribución de drogas dentro del país”.*
- *“Evitar la producción y elaboración de sustancias ilícitas, de origen natural o sintético”.*

- *“Perfeccionar y fortalecer los actuales sistemas de fiscalización y control de productos farmacéuticos”.*
- *“Prevenir e impedir la utilización del sistema económico y financiero para actividades de lavado de activos”.*
- ❖ **Fortalecimiento institucional y legal**
 - *“Fortalecer la Institucionalidad existente en el ámbito de la prevención y control de drogas”.*
 - *“Adecuar la legislación para enfrentar la constante transformación del fenómeno de la droga”.*
- ❖ **Cooperación Internacional**
 - *“Profundizar la cooperación bilateral y multilateral con el fin de fortalecer las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema de las drogas”.*
- ❖ **Innovación, investigación y formación de recursos humanos**
 - *“Desarrollar el conocimiento científico y la investigación que permitan la acumulación de evidencia para fundamentar decisiones”.*
 - *“Formación y capacitación de recursos humanos en el ámbito de las drogas”.*

3.2 Red de Servicio de Salud Mental

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría establece una Red de Servicios de Salud Mental la cual es reconocida por el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N°802 del 9 de Abril de 1999 mediante la cual se aprobó la Norma Técnica N°35 para la organización de una *Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría*. Esta Red de Servicios establece dentro de sus componentes del nivel secundario de resolución (comuna-provincia) las Comunidades Terapéuticas o Centros de Tratamiento de Adicciones.

De acuerdo al Decreto N°4/2009, Artículo N° 1: *Se entenderá por Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia Alcohol y/o Drogas, a un establecimiento público o privado especializado, que brinda atención ambulatoria o residencial, a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol o a sustancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicos, asociado o no con alcohol.*

Los usuarios son referidos a estos centros por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, equipos de salud mental de los Consultorios

de Atención Primaria y/u otras entidades que atiendan a este segmento de población.

3.3 Norma y Orientaciones técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Con el objeto de orientar la organización de los programas de tratamiento y rehabilitación de manera de aumentar su efectividad, es que se recomiendan intervenciones de tipo multi e interdisciplinarias necesarias para realizar un plan de tratamiento y rehabilitación. Los diferentes planes de tratamiento y rehabilitación comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a las características y necesidades de las personas, considerando etapas o períodos en la medida que las acciones terapéuticas logro del objetivo, de acuerdo a la especificidad de la intervención. Estas intervenciones terapéuticas se realizan en concentración y frecuencias diversas, donde la mayor intensidad del proceso, se produce en la segunda etapa correspondiente a la fase de tratamiento y rehabilitación donde se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del problema de consumo.

Cabe señalar, que la actual Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas Convenio SENDA-MINSAL es utilizada para los programas de tratamiento de rehabilitación en drogas con adolescentes.

3.3.1 Plan de tratamiento y rehabilitación ambulatorio intensivo para población general.

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar).

❖ **Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Intensivo son los siguientes:**

- Realizar diagnóstico integral.
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.

- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales.
- Orientar y apoyar r el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos de mayor complejidad, cuando corresponda.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

❖ **Etapas del Plan:**

Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

- **Primera etapa:** contempla la acogida, contención emocional y el diagnóstico integral del problema que incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio y una evaluación del estado de inserción social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente
- **Segunda etapa:** etapa abocada principalmente al abordaje en profundidad de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al desarrollo de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales, además de estrategias de prevención de recaídas
- **Tercera etapa:** es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de Incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

- **Cuarta etapa:** corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

3.3.2 *Plan de tratamiento y rehabilitación residencial para población general.*

Este plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, el cual está destinado a personas con dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo en miembros de la familia, red de apoyo familiar y social inexistente o con gran deterioro, con trastorno psiquiátrico severo compensado y una percepción de autoeficacia disminuida o ausente).

❖ **Los objetivos terapéuticos del Plan Residencial son los siguientes:**

- Realizar diagnóstico integral.
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social. - Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos alternativos o complementarios a la complejidad, cuando corresponda.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

❖ **Etapas del Plan:**

Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

- **Primera etapa:** contempla la acogida, contención emocional, diagnóstico integral del problema en los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; y profundización de la motivación al cambio y una evaluación del estado de inserción social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente.
- **Segunda etapa:** abocada principalmente al abordaje en profundidad de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, prevención de recaídas; restablecimiento de vínculos saludables. Asimismo, debe considerar reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalecimiento de factores protectores, evaluación de intereses, habilidades, y competencias socioocupacionales y apoyo al desarrollo de ellas.
- **Tercera etapa:** es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.
- **Cuarta etapa:** corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año, posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

3.4 Garantías Explícitas en Salud

A nivel de cuidado de la infancia y adolescencia, los últimos gobiernos han decidido garantizar la atención de la población adolescente menor de 20 años, a través de las Garantías Explícitas en Salud (GES) ². La prevención también ha sido un aspecto considerado. Desde la política pública existen programas referidos a contextos como la familia, la comunidad, el trabajo, etc. en constante aplicación.

❖ **Las garantías que otorga este plan son:**

- **Garantía explícita de acceso:** es la obligación de FONASA y las ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud.
- **Garantía explícita de calidad:** otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- **Garantía explícita de oportunidad:** existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- **Garantía explícita de protección financiera:** es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

Entre las patologías cubiertas por el plan de Garantías explícitas en Salud se encuentra el *Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años*³. El Consumo Perjudicial corresponde a una forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental. El Síndrome de Dependencia es un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras un consumo reiterado de una sustancia.

² Decreto Supremo n°44, de 2007, del Ministerio de Salud. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Publicado en el Diario Oficial el 31 de enero de 2007. Fiscalía.

³ El artículo 1°, letra F), del Decreto Supremo N° 69, de 2007, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de agosto de 2007, rectificó el título. Antes decía "Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en Personas Menores de 20 años"

❖ **Patologías Incorporadas:**

Quedan incluidos los Trastornos Mentales y Conductuales debido al Consumo de las siguientes sustancias. Incluye los diagnósticos de adicción, dependencia, consumo perjudicial y abuso.

- Alcohol
- Opioides
- Cannabinoides
- Sedantes o hipnóticos
- Cocaína
- Otros estimulantes (excluyendo la cafeína)
- Alucinógenos
- Disolventes volátiles
- Múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas.

❖ **Acceso:**

Todo Beneficiario menor de 20 años

- Con confirmación diagnóstica de consumo perjudicial o dependiente de riesgo bajo a moderado, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
- En caso de recaída, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

❖ **Oportunidad:**

Inicio del tratamiento dentro de 10 días desde la confirmación diagnóstica.

❖ **Protección financiera:**

Fonasa A y B Copago = \$0 (del Valor de Arancel) Fonasa C tiene Copago 10% del Valor de Arancel.

Tipo de intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago %	Copago %
Tratamiento	Tratamiento Inicial	Mensual	42.730	20%	8.550
	Tratamiento de Refuerzo	Mensual	49.040	20%	9.810
Seguimiento	Plan de Seguimiento	Mensual	6.240	20%	1.250

(Superintendencia de Salud. MINSAL, 2016)

4. CONTEXTO LEGAL

A lo largo de la historia de nuestro país se han experimentado una serie de cambios en la legislación en materia de drogas. El contexto legal nos permite situar la investigación desde el marco normativo, su historia y evolución.

4.1 Antecedentes legales de las drogas en Chile

Los primeros antecedentes legales referentes a la temática de drogas en Chile se remontan a 1873, fecha en la cual se redactó el Código Penal, el artículo 313, enmarcado en los *crímenes y simples delitos contra la salud pública* señala: *El que sin hallarse competentemente autorizado elaborare substancias o productos nocivos a la salud o trafique en ellos estando prohibida su fabricación o tráfico, será castigado con reclusión menor en su grado medio y multa de 100 a 500 pesos* (Pavez & Prat, 2006). Dicho artículo si bien no es una referencia directa a las drogas, puede aplicársele a éstas, sancionando su fabricación y comercialización no autorizada, mas no su consumo (Sánchez, 2005). La citada normativa se mantuvo vigente hasta el año 1969 con la promulgación de la Ley N° 17.155, se introduce explícitamente el término *sustancias estupefacientes* y se sanciona, más severamente el tráfico ilícito de estupefacientes. Posteriormente, en 1973 la Ley N° 17.934 endurece las sanciones para el delito de tráfico ilícito, se hace referencia por primera vez al consumo no para penalizarlo, sino para establecer el tratamiento como sanción a quienes se catalogaran como adictos, tras someterse a una serie de exámenes médicos. En 1985 se dicta la ley N° 18.403, en donde el consumo de sustancias como la cannabis se había popularizado por lo que se aplicaron penas más drásticas, sin sancionar aún el consumo y tipificándose la figura de asociación ilícita para el tráfico. Al retornar la democracia, el combate hacia las drogas se asume como una prioridad, siendo la cannabis uno de sus principales blancos, lo que se tradujo en masivos decomisos.

En Agosto de 1990, entra en vigencia el Convenio de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, con lo cual Chile debe adecuar su legislación en base a lo pactado. Para ello se instala una comisión investigadora en la cámara de diputados orientada al tráfico ilícito de estupefacientes, se crea el Consejo Nacional para el control de Estupefacientes (CONACE). Producto del trabajo de dicho organismo, en 1995 entra en vigencia la Ley N° 19.366, la cual amplía y especializa las sanciones del tráfico. Por primera vez, se tipifica el consumo de drogas como una falta. Dentro de las sanciones se encuentran multas de hasta 10 UTM (la

cual puede ser conmutada por servicio comunitario) o la asistencia obligatoria a programas de prevención y tratamiento. Ulteriormente, en el año 2005 se promulga la Ley N° 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias Psicotrópicas. El Decreto N° 867 que establece el reglamento de la presente Ley 20.000 refiere que las drogas son todas las sustancias naturales o sintéticas que, introducidas en el organismo, alteran física y psíquicamente su funcionamiento y pueden generar en el usuario la necesidad de seguir consumiéndolas. Esto incluye sustancias cuya producción y comercialización es ilegal (como el LSD), sustancias legales de consumo habitual (como el alcohol o el tabaco) y fármacos de prescripción médica (tranquilizantes, por ejemplo), que pueden ser objeto de un uso abusivo (Ministerio del Interior, 2008). Dependiendo de su efecto en el Sistema Nervioso Central, se define tres clases de drogas:

- **Depresores:** Retardan el funcionamiento del cerebro, adormeciéndolo, y pueden generar desde inhibición hasta coma. Aquí se incluyen el alcohol, los tranquilizantes y la heroína.
- **Estimulantes:** Aceleran el funcionamiento del cerebro. Ejemplos: anfetaminas, cocaína, pasta base, cafeína y nicotina.
- **Perturbadores:** Alteran el funcionamiento del cerebro, provocando alucinaciones y distorsión de la realidad. Entre ellos están la marihuana, el éxtasis y el LSD.

Además de lo anterior, la ley 20.000 introduce las siguientes modificaciones: se crea la figura del microtráfico, con lo que se buscaba ejecutar sanciones diferenciadas bajo el presupuesto de la proporcionalidad de las penas (de sesenta y un días hasta quince años, dependiendo de la cantidad de droga y su toxicidad). Sin embargo, con las modificaciones introducidas a la ley, en su artículo 1º y 4º, no se toma en consideración la toxicidad de la sustancia para rebajar la pena, por lo que de facto la menor pena sería de 541 días. Esta nueva figura sanciona a su vez el porte de droga, quien sea sorprendido con droga en su poder deberá probar que es *para su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo* (Ley N° 20.000, artículo 4), aun cuando no se define claramente qué cantidades serán consideradas para consumo personal ni qué se entiende por proximidad en el tiempo, con lo que la norma resulta bastante vaga y deja espacio para sanciones arbitrarias, según el criterio subjetivo de cada juez (Ruiz, 2009). Otra ambigüedad dice relación con la definición de drogas estupefacientes o psicotrópicas, sobre las cuales recaerán las sanciones, ya que no especifica claramente cuáles son, sino que refiere a *aquellas sustancias productoras de*

dependencia física o psíquica, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud (Ley N° 20.000, artículo 1).

4.2 Proyecto de ley que Despenaliza la Cannabis en Chile

El 7 de agosto de 2014 ingresa a la Cámara de Diputados para ser discutido y analizado el *Proyecto de Ley N° 16 que busca legalizar el cultivo de marihuana para uso personal, medicinal, espiritual y recreacional* con el objetivo de *Combatir el narcotráfico y mejorar las condiciones para ejercer la libertad*. Lo anterior, a través de la despenalización del expendio de la marihuana Medicinal y el autocultivo de cannabis.

El presente proyecto modifica la ley n° 20.000 y el artículo 98 del código sanitario. Para una comprensión mayor de las principales modificaciones se expondrán los artículos del proyecto original:

- **Artículo 1°.-** Agregase como inciso final del artículo 1° de la ley, por el siguiente texto: *"Estarán exentos de responsabilidad penal aquellos que cultiven elaboren, procesen, fabriquen, transformen, preparen o extraigan sustancias o drogas que contengan componentes cannábicos, como de todo tipo de plantas, fungls o especies vegetales con efectos psicoactivos para fines espirituales, medicinales, o recreativos en los términos del inciso final del artículo 8°."*
- **Artículo 2°.-** Agrégase como inciso segundo del artículo 2° de la ley por el siguiente texto: *"Queda exceptuado el caso de la producción, fabricación, elaboración, distribución, transporte, comercialización, importación, exportación, posesión o tenencia de componentes cannábicos, con el objetivo de destinarlos a la preparación de drogas estupefacientes o sustancias sicotrópicas con fines medicinales, en los términos del inciso final del artículo 8°"*.
- **Artículo 3°.-** Agrégase como inciso segundo del artículo 4° de la ley, el siguiente texto: *"No será necesaria la autorización descrita en el inciso anterior para poseer, transportar, guardar o portar consigo la cantidad de cinco gramos de cannabis para uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo. Excedida tal cantidad, incurrirá en las penas del artículo 50."*
- **Artículo 4°.-** Modifíquese el artículo 8° de la ley, y reemplácese el actual texto de la norma por el siguiente: *"Toda persona tiene derecho a cultivar, cosechar, para consumo personal o concertado en el ámbito privado con fines espirituales, medicinales, recreativos o por*

simple ejercicio de libertad, todo tipo de plantas o especies vegetales, cannabis o fungis con efectos psicoactivos”.

Para ello deberá depositar en la secretaría regional ministerial de salud, una declaración jurada notarial, donde informará de la ubicación del bien inmueble donde se produzca el cultivo, el número de plantas, especies vegetales, cannabis o fungis y responsables de las mismas. Asimismo, se presumirá que el cultivo es para fines, espirituales, medicinales o recreativos, y será el persecutor penal quién en base a una investigación tendrá que demostrar que el autocultivo de cualquier tipo de plantas o especies vegetales, cannabis, fungis con efectos psicoactivos, es para fines de comercialización o tráfico. De la misma manera será el juez competente quién deberá considerar el elemento objetivo, tal como: cantidad, y proyección del número de dosis susceptibles de obtenerse, como la forma de ocultamiento, la tenencia de materiales que faciliten la tenencia por tráfico y la consideración de consumidor habitual según sea el caso.

Se prohíbe la venta y comercialización ilegal de las sustancias, como la administración a menores de edad sin prescripción médica y con consentimiento informado según la ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes. El expendio de marihuana medicinal, por su parte, tendrá que seguir lo que se disponga la autoridad sanitaria

- **Artículo 5°.-** Modifíquese el inciso primero del artículo 98 del Código Sanitario, por el siguiente texto: *"Los productos estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias que produzcan efectos análogos se regirán por los reglamentos específicos que al efecto se dicten, los cuales abordarán su registro sanitario, la importación, internación, exportación, circulación, producción, elaboración, fraccionamiento, almacenamiento, tenencia, transporte, distribución a título gratuito u oneroso, expendio o venta, farmacovigilancia y trazabilidad, publicidad, promoción o información profesional, uso médico o investigación científica y otras actuaciones que requieran resguardos especiales, todo lo cual se sujetará a los tratados y convenios internacionales suscritos y vigentes en Chile, a la ley N° 20.000 en cuanto al uso de la cannabis y a las disposiciones de este Código".*

4.3 Protección a la infancia en materia de drogas

Por la naturaleza de la presente investigación, es que se hace necesario recalcar que en el ámbito de las drogas la Convención Internacional sobre los derechos del niño ratificada por Chile en 1990 señala en su artículo 33: *Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños/as contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a niños/as en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias* (Ministerio del Interior, CONACE, 2004).

Sumado a lo anterior, el artículo 3 de la presente Convención refiere el *interés superior del niño, niña y del adolescente* como eje clave en todas las medidas concernientes a los niños y niñas que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, comprometiéndose a asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar.

De esta forma, desde la perspectiva de derechos, la institucionalidad que trabaja con la infancia y adolescencia, debe brindar protección a los sujetos que se encuentren en una situación de vulnerabilidad producto de las conductas de consumo de drogas.

CAPÍTULO II:

MARCO REFERENCIAL

1. PRESENTACIÓN

El consumo de drogas en la adolescencia se presenta como una problemática social en la cual intervienen múltiples factores, afectando el desarrollo integral de los sujetos. Desde una perspectiva teórica, se hace necesario analizar las características propias de esta etapa para comprender las conductas de consumo de sustancias.

La discusión legal en el país en relación a la despenalización de la Cannabis abre interrogantes con respecto a los significados del tratamiento de abstinencia por consumo perjudicial y/o dependiente de drogas de adolescentes que se encuentran vinculados a Centros de Tratamiento de Rehabilitación. En base a lo anterior, el presente capítulo da cuenta de los principales conceptos, teorías y aportes desarrollados por diversos autores que nos permitirán comprender el fenómeno analizado y entregan las bases teóricas a la investigación.

De esta forma, el *marco referencial* se expondrá de la siguiente manera:

1. Adolescencia

- Adolescencia como etapa del ciclo vital
- Cambios biológicos
- Desarrollo cognitivo
- Contexto familiar
- Grupo de pares
- Vinculación con la escuela
- Conductas de riesgo

2. Consumo de drogas

- Factores de riesgo y protectores
- Consumo de cannabis

3. Salud mental en la adolescencia

- Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas

4. Tratamiento de abstinencia

- Síndrome de abstinencia

5. Rutina Ocupacional

6. Red de apoyo social

2. ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, subdividiéndose en adolescencia temprana, media y tardía. *En este periodo se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud* (Ministerio de Salud, 2011).

El término adolescente podría definir el período entre la niñez y la adultez, pero no describe adecuadamente lo que podría decirse de este período crítico y formativo de la vida. La adolescencia es una etapa de evolución, un período de desarrollo, de reorganización biológica, cognitiva, emocional y social en la que el adolescente ha de tomar decisiones, adquirir compromisos y buscar su espacio en el mundo. En el desarrollo de la adolescencia aparecen cambios biológicos (el crecimiento físico, la madurez sexual), cognitivos (el pensamiento) y psicosociales (la identidad, los iguales y la familia), que requieren que los adolescentes dispongan de oportunidades adecuadas y apoyo a largo plazo.

2.1 Adolescencia como etapa del ciclo vital

El concepto de ciclo vital refiere un desarrollo progresivo de etapas que van desde el nacimiento hasta la muerte. Según Erikson, las etapas sobrevienen porque se crean nuevas exigencias internas y externas, las cuales para ser cumplidas requieren nuevos modos de enfrentamiento y adaptación al entorno. Cada etapa es una síntesis más compleja y diferenciada de la anterior, que debe ser resuelta para ser reemplazada por la nueva. De ahí proviene el concepto de crisis. Cada crisis lleva a un desenlace exitoso, que posibilita nuevos desarrollos, o negativo, que conlleva estancamiento y puede gatillar enfermedades físicas y/o psicológicas. A la etapa de la adolescencia le anteceden la etapa incorporativa (fase oral), etapa niñez temprana (fase muscular anal), etapa locomotora genital (preescolar), etapa de latencia (escolar) y le suceden la etapa adulto joven, etapa adulto medio o maduro y finalmente la etapa adulto tardío.

Para efectos del presente estudio, nos centraremos en la etapa adolescente, la tarea central del desarrollo corresponde a la *Consolidación de la identidad*. Es de vital importancia para el adolescente determinar sus propios gustos, intereses, valores y principios, ya que estos representan el modo de crecer. Los cambios físicos, psicológicos y de la pubertad, hacen entrar a un

periodo de aumento del conflicto psicológico interno, cuya consecuencia será un sentido de estabilidad de uno mismo a lo largo del tiempo. La búsqueda de la identidad se mantiene durante toda la adolescencia hasta alcanzar la identidad lograda, única y diferenciada, y no todos los jóvenes la alcanzan, transitando en un período de hipoteca, difusión y moratoria antes de conseguir una identidad madura. En esta búsqueda de la identidad, algunos jóvenes adoptan en bloque, sin cuestionar o analizar, los papeles y valores de sus padres o de la sociedad, terminando el proceso de búsqueda antes de que empiece. Erikson lo denominó identidad hipotecada. Otros adquieren una identidad negativa asumida como desafío rebelde que reacciona contra lo que se espera de ellos. Una versión de esta identidad negativa es la que describe Ogbu (1993) como identidad de oposición que rechaza la cultura dominante ofreciendo una respuesta desadaptativa. Cuando existen grandes dificultades para cumplir las exigencias de la adolescencia, los adolescentes experimentan una difusión de la identidad, que tendrá consecuencias en la vida adulta aunque la difusión no perdure.

2.2 Cambios biológicos

La pubertad es un fenómeno madurativo que da la entrada al período adolescente. Se inicia con cambios sutiles en los procesos neuroendocrinos del cerebro, las concentraciones hormonales y las características físicas morfológicas, y culmina en la madurez reproductiva. El cuerpo va modificándose y estos cambios van a contribuir notablemente a la imagen personal del adolescente (Toro, 2010). Lo anterior tendrá importantes repercusiones psicológicas y/o sociales, tanto a nivel de la realidad concreta como a nivel de lo imaginario y lo simbólico. (Maturana A., 2011).

En este período, los adolescentes se vuelven sexualmente *activos*, debido al aumento de las hormonas sexuales de la pubertad y porque la actividad sexual se convierte en una práctica aceptada en su grupo de pares. De acuerdo con esto, los adolescentes que maduran antes tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales más temprano, como consecuencia de factores tanto biológicos como sociales (Lam, 2002).

2.3 Desarrollo Cognitivo

Los aportes de diversos autores (Inhelder & Piaget, 1955) generaron interés para iniciar el estudio sistemático del desarrollo cognitivo de los adolescentes. En la etapa adolescente se da el inicio de las operaciones formales, la cual corresponde a la meta final del desarrollo cognitivo.

En la década de 1980 y principios de 1990 el estudio del desarrollo intelectual durante la adolescencia se ha revitalizado en dos vertientes:

- Cambios en múltiples regiones de la corteza prefrontal que se cree apuntalan el funcionamiento ejecutivo del cerebro. La mejora de la conectividad entre las regiones prefrontales de la corteza y varias zonas del sistema límbico también se producen durante la adolescencia y afectan probablemente a las evaluaciones y las respuestas tanto de riesgo como de recompensa (Martin, y otros, 2002). También hay cambios en los sistemas cerebrales que regulan la forma y el proceso en el que las personas responden a los estímulos sociales, como las expresiones faciales de los estados afectivos (Nelson, Leibenluft, McClure, & Pine, 2005).
- El pensamiento de los adolescentes está en función de procesos sociales, emocionales y cognitivos (Keating, 2004). El funcionamiento cognitivo afecta al desarrollo del juicio, a la toma de decisiones y a la asunción de riesgos (Cauffman & Steinberg, 2000).

Durante el desarrollo adolescente tienen lugar tres categorías de cambios biológicos en relación al desarrollo cognitivo (Keating, 2004):

- Modificaciones en el funcionamiento cerebral inauguradas en la pubertad que alteran varias funciones corporales, incluyendo los sistemas emocionales y motivacionales.
- Cambios cerebrales en la corteza prefrontal e interconexiones corticocorticales.
- Cambios que influyen en las experiencias propias del adolescente, Keating afirma que el razonamiento, la toma de decisiones, el procesamiento de la información y el logro de conocimientos son consistentes con la investigación biológica de la pubertad y el desarrollo del cerebro en la que todos los caminos conducen a un modelo de desarrollo integrado. Es decir, no es tanto el desarrollo de un *dispositivo* (por ejemplo, la lógica formal o la madurez biológica) lo que impulsa el desarrollo cognitivo, si no la integración de la función cerebral. Así, describe la adolescencia como un período crítico del desarrollo en el cual, la *integración biológica de la experiencia* forma la cognición.

En relación a la maduración biológica y de las experiencias, la vinculación con la escuela permite que el niño evolucione desde un razonamiento lógico hacia un pensamiento operatorio formal (alrededor de los 12 y 15 años de edad). Se experimente una nueva forma de pensar sobre la realidad que se

ha denominado pensamiento operatorio formal, va a permitir al adolescente razonar sobre situaciones posibles o hipotéticas, aunque no existan, y darse cuenta de que la realidad existente es sólo una parte o subconjunto de la posible. También le van a permitir utilizar un razonamiento de carácter hipotético-deductivo. Es decir, va a formular y comprobar teorías o hipótesis sobre los problemas que trata de resolver. En lugar de actuar por ensayo y error sus actuaciones estarán planificadas y dirigidas por sus conjeturas (Delgado, y otros).

Las aptitudes cognitivas se caracterizan por una complejidad creciente de la capacidad de pensar con eficacia en posibilidades y consecuencias. El pensamiento en la edad adolescente se distingue de otras edades en que se centra en el análisis de los pensamientos y sentimientos personales considerándolos únicos. Una de las primeras aportaciones fueron los trabajos de David Elkind (1967) sobre la inmadurez cognitiva o el egocentrismo propio de la adolescencia. El pensamiento adolescente se orienta a la previsión de futuro, a la reflexión sobre sus experiencias y a la capacidad para centrarse en uno mismo. Elkind considera que el egocentrismo adolescente puede dividirse en dos tipos de pensamiento:

- **La audiencia imaginaria:** los adolescentes se consideran mucho más relevantes socialmente de lo que en realidad son (Lapsley, 1993) y creen que despiertan en los demás el mismo interés que sienten por ellos mismos. La audiencia imaginaria les devolverá un juicio sobre aquello que le preocupa: su apariencia física, su conducta, etc.
- **La fábula personal:** da lugar a que los adolescentes consideren únicas sus vidas, sus sentimientos, sus pensamientos y experiencias y a un sentimiento invulnerable (fábula de la invencibilidad), que está relacionada con las limitaciones del adolescente para el uso de un razonamiento probabilístico que le llevará a un cálculo erróneo de los riesgos (Arnett, 1992) y una mayor implicación en conductas arriesgadas (Greene, 2000).

En este proceso, el adolescente busca una definición coherente de sí mismo como individuo único (Kroger, 1996). En su teoría del ciclo vital, Erikson (1974) atribuye la quinta etapa del desarrollo al adolescente que intenta comprender quién es, pero se siente confuso respecto a los papeles que debe adoptar. Esta búsqueda de identidad conduce a la crisis primera de la adolescencia, donde debe reconciliar su singularidad individual con la continuidad de sus experiencias. El valor adaptativo y las ventajas evolutivas de la conducta de riesgo durante la adolescencia apuntan en la dirección del

concepto de etapa de moratoria psicosocial que conceptualizó Erikson, en la que se experimenta con ideas y conductas como requisito para el logro de la identidad y de la autonomía personal.

El desarrollo de la identidad se produce como consecuencia de un proceso continuo de reflexión y observación simultáneas, que tiene lugar en todos los niveles del funcionamiento mental. Este proceso conlleva que el individuo se juzgue a sí mismo en función de cómo percibe que le juzgan otras personas significativas (López, 2008). De esta manera, los otros desempeñan un papel importante en la actividad cognitiva y conductual del adolescente (Mestre, 2007) convirtiendo esta etapa en un período de vulnerabilidad para iniciarse en conductas de riesgo.

Las decisiones tomadas por un adolescente rara vez exploran todas las opciones porque el pensamiento hipotético-intuitivo característico del adolescente no valora los aspectos prácticos. Otras veces lo que vincula la toma de decisiones es la sobrevaloración de situaciones concretas del momento, ignorando las consecuencias de sus impulsos inmediatos (diversión, tensión sexual, etc.). Toda toma de decisiones requiere una evaluación de riesgos y beneficios (balance decisional), sopesando las alternativas, y, sobre todo, necesita tiempo. La personalidad, la cultura, el sentido de responsabilidad, y el escenario mental son factores por considerar (Berger, 2004). En ocasiones los adolescentes toman decisiones que están lejos de las prioridades de los adultos y algunas pueden implicarles en conductas de riesgo. La asunción de riesgos depende de la personalidad, la madurez cognitiva, las relaciones de comunicación con los padres y del grupo de iguales.

2.4 Contexto familiar

El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona, desde el nacimiento hasta que en la adolescencia el sujeto va tomando como referencia al grupo de iguales en mayor medida, la familia ejerce la tarea de socializar a sus miembros y dotarles de una estructura personal que condicionará su desarrollo. En este sentido, la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia. Durante una serie de años la socialización ejercida por la escuela y el grupo de amigos estará controlada y filtrada por la institución familiar, que seleccionará las experiencias vitales de sus miembros (Laespada, Iraurgi, & Aróstegi, 2004).

2.4.1 *Ciclo vital familiar*

El ciclo vital familiar es un proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común, hasta la muerte. Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar.

La familia en cada etapa del ciclo vital enfrenta un conjunto de problemas que les son propios, dado los procesos normativos que vive. De esta forma se sitúan una serie de crisis familiares, que representan una expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y de las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y producen desorganización en el seno familiar. Las crisis familiares se dividen en:

- **Normativas o transitorias:** relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.
- **Paranormativas o no transitorias:** son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental y no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Se clasifican según la naturaleza del acontecimiento que les provoca; desmembramiento, incremento, desmoralización, cambio económico importante y problemas de salud.

2.5 Grupo de pares

El grupo de pares constituye un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los adolescentes, ya que este va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia este grupo.

En la búsqueda de la identidad del adolescente, el grupo de pares proporciona al sujeto un modelo, unas claves y puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismo, moldeando actitudes, adoptando hábitos, definiéndose por gustos, etc. Por otra parte, la aceptación por parte del grupo pasa a ser una necesidad prioritaria que condiciona las relaciones del sujeto con los demás, así como su comportamiento.

El grupo proporciona sensación de pertenencia, comprensión, reconocimiento, etc., por lo que se constituye como un foco de grandes influencias. Los compañeros proporcionan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en su medio familiar.

El grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece al grupo debe adoptarlas para ser valorado. En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta (Laespada, Iraurgi, & Aróstegi, 2004).

2.6 Vinculación con la escuela

La vinculación con la escuela es un elemento crítico en la experiencia y desarrollo de los niños y los adolescentes (Catalano, 2004). Es un concepto central de la teoría del apego (Bowlby, 1982) del control (Hirschi, 1969) y la del desarrollo social (Catalano, 2004).

La teoría del apego propone que el establecimiento de un apego seguro permite el desarrollo de la identidad y la confianza en los demás, por lo que es posible que un niño, para explorar su medio ambiente, desarrolle capacidades de respuestas de adaptación al cambio, y pueda convertirse en un adulto sano y funcional. La teoría del control establece que el compromiso y el apego en ámbitos como la escuela crean un tipo de control informal que reduce los problemas de conducta que interfieren con el éxito escolar; y la teoría del desarrollo social, añade que el vínculo con la escuela se produce por los procesos de socialización que incluyen: oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros, el grado de implicación e interacción, las habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones y el reforzamiento que ellos perciben como próximo desde la ejecución en las actividades e interacciones. Esta perspectiva del desarrollo social, sugiere que cuando se han establecido fuertes vínculos, éstos inhiben las conductas incompatibles con las normas y los valores. Si las normas son positivas, el comportamiento positivo se convierte en el resultado más probable (Catalano, 2004). La vinculación con la escuela es un fuerte predictor de la competencia académica, contribuye a generar resultados positivos como un buen rendimiento académico y la competencia social; reduce problemas de salud y seguridad como: el abandono y fracaso escolar, la participación en conductas delictivas y el consumo de drogas legales e ilegales, que a su vez son conductas barrera para el aprendizaje y éxito académico (Catalano, 2004). La escasa vinculación con la escuela determina una falta de orientación hacia el futuro (Martin M. y., 2001) que dificulta la apropiación de las competencias necesarias para construir un proyecto propio. Este fenómeno denominado presentismo incrementa la orientación a las conductas de riesgo.

2.7 Conductas de riesgo

Las conductas de riesgo en la adolescencia son mayoritarias (Toro, 2010) y pueden considerarse normativas ya que constituyen una manifestación propia en la etapa evolutiva. Podemos definir riesgo como una oportunidad de pérdida y la asunción de riesgo como la práctica de conductas de riesgo que puede tener consecuencias perjudiciales. Para muchos adolescentes, la ejecución de conductas de riesgo les proporciona estatus y respeto, fortaleciendo los lazos de amistad y produciendo una pérdida de las inhibiciones. Jessor (1991) define la conducta de riesgo como cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente

Desde una perspectiva social, la adolescencia tiene algunas características que lo hacen un período de especial vulnerabilidad a las conductas de riesgos, entre ellas la de consumo de diversas sustancias (Arbex C., 2002), lo cual se expone a continuación:

- **Necesidad de reafirmación:** la formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, existiendo por lo tanto una tendencia a preocuparse en exceso por su imagen y a cómo son percibidos por los demás. Sin duda, muchas de las conductas en las cuales el adolescente se involucrará estarán asociadas a esta imagen. Ellos necesitan reafirmar su identidad y para hacerlo han de compartir ritos específicos.
- **Necesidad de transgresión:** a los adolescentes actuales no se les ha dejado el espacio para la transgresión. De este modo, parece ser que el espacio de transgresión para los adolescentes se reduce a ciertos temas como por ejemplo, las relaciones sexuales o el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus espacios de tiempo libre. Contravienen el orden social establecido, viviendo cada acto (o paso al acto) como una provocación frente al mundo adulto y sus normas.
- **Necesidad de conformidad intragrupal:** la necesidad para el adolescente de estar en grupo responde a requerimientos educativos, sociales y psicológicos individuales. En efecto, los grupos son un medio de intercambio de diferentes informaciones que cada uno puede haber recogido en situaciones familiares personales, actividades de ocio o intereses personales que él ha tenido la ocasión de transmitir a sus pares. Además el grupo permite al adolescente sentirse integrado en la sociedad y más particularmente a la clase de edad que caracteriza esta sociedad. Desde el punto de vista psicológico o intrapsíquico

individual, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el ideal del yo , constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser. El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental, sirviendo como refugio del mundo adulto en el que pueden explorarse una gran cantidad de papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de iguales.

- **Sensación de invulnerabilidad:** existen tres condiciones que se incrementan a esta edad: el egocentrismo, la omnipotencia y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia. Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente ni sería capaz de entenderlas.
- **El rechazo a la vida del adulto:** la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentar conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior.
- **Susceptibilidad frente a las presiones del entorno:** los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas, como por ejemplo el alcohol, con una determinada imagen. Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias.

3. CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas en la adolescencia tiene una significación y características diferentes al consumo en la etapa adulta.

La adolescencia es el periodo en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y se aumenta el desarrollo de dependencia en la edad adulta (Compton, Thomas, Conway, & Colliver, 2005). De la misma forma, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias. Entre los factores del desarrollo que contribuyen al uso temprano o continuado de drogas se encuentran el sentimiento de invulnerabilidad, la necesidad de autonomía, y la influencia o presión del grupo de pares (Bukstein, y otros, 2005). Las investigaciones han demostrado que los períodos de mayor riesgo

de inicio de consumo y de abuso de sustancias coinciden con cambios significativos en la vida de los adolescentes, como lo es el tránsito de la educación básica a la educación media (National Institute on Drug Abuse, 2003).

Para analizar las prácticas de consumo de drogas, además de considerar la personalidad en formación del adolescente, cabe valorar el contexto en que el sujeto se está desarrollando. La dimensión que más atención merece es aquella que reúne variables de la *interacción individuo/ambiente*, implicando como consecuencia los principales factores de mantenimiento y refuerzo de las prácticas de consumo (Moreno G., 2000). Desde esta concepción de la adolescencia, se incorporan como aspectos fundamentales a tener en cuenta: *el medio físico y social, el medio familiar, el medio educativo y sociolaboral, y las relaciones con el grupo de iguales*.

3.1 Factores de riesgo y protectores

Es posible señalar que existen una serie de situaciones de índole personal y social que predisponen a una persona a consumir drogas y problematizar su consumo. Se trata de situaciones en las que confluyen un conjunto de factores/variables consideradas de riesgo. Los *factores de riesgo son aquellas circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes favoreciendo que se pueda dar un consumo abusivo y problemático*. Por el contrario, se ha observado igualmente que hay determinadas condiciones que protegen a las personas, reduciendo la probabilidad de que algún día tengan problemas con el consumo, se les considera *factores de protección, los cuales amortiguan o reducen la influencia de los factores de riesgo* (Arbex C., 2002). Desde esta perspectiva, minimizar los factores de riesgo y sobre todo fortalecer los factores de protección, resulta un objetivo fundamental para el tratamiento de rehabilitación en drogas de los adolescentes.

En relación a los factores de riesgo cabe señalar cuatro puntos importantes (Grupo Interdisciplinar sobre drogas, 1995):

- Los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, la relación entre ellos es recíproca y dinámica. Debe existir un equilibrio entre todos ellos, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado, ya que de este equilibrio dinámico dependerá que se dé o no el consumo abusivo de drogas.

- La conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del proceso evolutivo, pueden articularse diversos factores que ponen en peligro el desarrollo personal, posibilitando unas condiciones favorables a consumos problemáticos de drogas.
- Estos factores explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, pero esto no quiere decir que sean el origen del consumo de drogas, son sólo condiciones favorecedoras. Los factores de riesgo/protección son términos correlacionales, no existe una relación causa-efecto, y por consiguiente, tenemos que hablar siempre en términos de probabilidad, no de determinación.
- A la diversidad de factores conocidos que pueden incidir en el consumo se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del consumo. En cada caso se da una combinación original de factores, en un momento determinado, que explica la evolución particular de cada consumidor.

El siguiente cuadro, presenta una síntesis de los factores de riesgo y protección relacionados al consumo de drogas en la adolescencia (Arbex C., 2002).

DIMENSIÓN	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
PERSONAL	VALORES	
	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de valores poco claros. - Individualismo. - Escepticismo: falta de deseo de mejorar la realidad. - Imprudencia. - Presentismo e Inmediatismo. - Irresponsabilidad (en sus comportamientos y con los demás). 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificación en su escala de valores. - Altruismo. - Prudencia. - Competitividad adecuada. - Normativo. - Proyección y planificación de futuro. - Responsabilidad hacia los demás y en sus actos. - Responsabilidad.
	ACTITUDES VITALES	
	<ul style="list-style-type: none"> - Presentismo: falta de confianza en el futuro, escepticismo y dependientes de la situación inmediata. - Fuerte susceptibilidad al aburrimiento: hedonismo. - Escape ante la realidad y actitud de evasión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del esfuerzo para conseguir metas. - Previsión de futuro. - Establecimiento y cumplimiento de límites. - Ausencia de comportamientos asociales. - Solidaridad con los demás y compromiso social.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia a elegir respuestas de riesgo como reto a la autoridad y autoafirmación. - Dificultad en valorar el esfuerzo. - Actitudes no normativas y antisociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento de la realidad cotidiana y sus problemas. - Actitudes pro-sociales e interiorización de normas.
RECURSOS PERSONALES		
	<ul style="list-style-type: none"> - Niveles bajos de autoestima (tanto en la percepción de sí mismos, como en la significación que creen que su conducta tiene para los demás: comportamiento inseguro). - Falta de autonomía en la acción. - Dificultad para asumir responsabilidades. - Ausencia de normas y límites. - Escasez de adultos interesados en apoyar al menor. - Incapacidad de autocontrol emocional (impulsividad) y control en su conducta. - Actitud evasiva ante los problemas/conflictos. - Alguna patología psíquica diagnosticable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto positivo de sí mismo. - Adecuada autoestima. - Autonomía acorde a su edad. - Capacidad de tomar decisiones. - Responsabilidad. - Interiorización de límites y normas. - Manejo en la resolución de problemas. - Autocontrol emocional y conductual. - Habilidades Sociales. - Disponibilidad de adultos disponibles apoyando al menor.
OCIO Y TIEMPO LIBRE		
	<ul style="list-style-type: none"> - No estructurado. - Implantación del modelo consumista de ocupación del ocio ("salir de marcha"/diversión y consumo de drogas). - Pautas culturales del fin de semana diversión asociada a "descontrol y coloque". - Escasez de aficiones y alternativas de ocio. - Ausencia de ocio familiar compartido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizado. - Aficiones diversas. - Acceso a actividades y recursos positivos para el ocio y otras actividades informales. - Actitud crítica ante el modelo consumista de ocupación del ocio. - Ausencia de asociación diversión al consumo de sustancias. - Inquietud cultural, deportiva, asociativa, etc. - Comparte y disfrute del ocio familiar.

<p style="text-align: center;">FAMILIARES RELACIONES CON LA FAMILIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de afectividad y comunicación. - Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas. - Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento emocional de sus miembros. - Inhibición y delegación como modelos de referencia. - Pérdida de roles y las figuras de autoridad: ausencia de límites y normas claras. - Incoherencia en la supervisión: excesiva exigencia en determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros. - Exceso de protección - Falta de reconocimiento y aceptación del hijo. - Ausencia de participación y disfrute en el ocio familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Límites y normas claras. - Reconocimiento y aceptación del hijo. - Experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia; apoyo a superar los fracasos. - Ambiente familiar afectivo y comunicación positiva. - Cohesión del grupo familiar. - Actitudes y comportamientos contrarios al consumo de drogas; rechazo a las conductas de riesgo. - Modelos de referencia de conducta positiva en los padres. - Roles ajustados y figuras de autoridad de referencia. - Supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas. - Seguimiento y apoyo en sus actividades escolares. - Participación y disfrute en el ocio familiar.
<p style="text-align: center;">ESCOLAR RELACIONES CON LA ESCUELA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de adaptación. - Sensación de inutilidad y desmotivación. Absentismo escolar y pasividad. - Poco rendimiento académico unido a autoconcepto bajo. - Ausencia de hábitos de trabajo y de recursos culturales. - Ausencia de modelos de referencia en los profesores/tutores. - Poca integración en el grupo de compañeros . - Desinterés hacia lo escolar entre sus iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de incompetencia y fracaso escolar y abandono temprano de los estudios. - Falta de preparación y de oportunidades; intereses y niveles de aspiración bajos. - Integración en la dinámica escolar. - Motivación escolar: puntualidad, asistencia, cumplimiento de horarios... - Hábitos de estudio. - Adecuado rendimiento y autoconcepto positivo. - Modelos positivos de referencia en el profesorado. - Integración en el grupo/clase.

	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de integración de normas. - Experiencia de incompetencia y fracaso escolar y abandono temprano de los estudios. - Falta de preparación y de oportunidades; intereses y niveles de aspiración bajos 	<ul style="list-style-type: none"> - Interés hacia lo escolar entre sus iguales. - Interiorización de normas escolares. - Experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia: apoyo a superar los fracasos
RELACIONAL RELACIONES CON EL GRUPO DE IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Excesiva dependencia del grupo. - Inclusión en grupos favorables a la transgresión y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas. - Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas. - Exposición a modelos que manifiestan conductas de riesgo (amigos consumidores). - Ineptitud para establecer relaciones personales. - Dificultad para identificarse con otros grupos no relacionados con el consumo. - Escaso desarrollo de habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio. - Toma de decisiones personales. - Inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas. - Modelos de amigos no consumidores o moderados drogas - Participación en grupos de carácter positivo (asociaciones, club deportivo...). - Red amplia de amigos. - Competencia social para las relaciones personales. - Desarrollo adecuado de habilidades sociales.
COMUNIDAD ENTORNO DEL BARRIO	<ul style="list-style-type: none"> - Situación socioeconómica precaria. - Problemas de integración e inclusión social (colectivos inmigrantes y minorías étnicas). Desestructuración social. - Poca cohesión social. - Ausencia de apoyo social: escasos recursos comunitarios. - Degradación de la zona (barrios conflictivos del entramado urbano). - Accesibilidad a las sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organización social adecuada. - Cohesión social en el barrio. - Relaciones positivas de vecindad. - Apoyo social y protección - Recursos comunitarios suficientes: conocimiento y accesibilidad a los mismos. - Dificultades de acceso a las sustancias. - Integración e inclusión social.

3.2 Consumo de cannabis

El cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis Sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas por los adolescentes. Sus efectos sobre el cerebro se producen principalmente por uno de sus principios activos, el *Tetrahidrocannabinol* o THC. Cuando se consume cannabis, se activa el sistema cannabinoide endógeno propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros. De esta forma, el consumo de cannabis estimula el sistema endógeno de forma externa y artificial, alterando muchas de las funciones que desarrolla. Además, actúa sobre el sistema de gratificación y recompensa cerebral de la misma forma que lo hacen otras drogas, a través del estímulo de la liberación de dopamina. La Comunidad Científica advierte que el consumo continuado de cannabis produce adicción.

A continuación se presenta un cuadro construido en base a la información sobre drogas entregada por SENDA, que da cuenta de las particularidades de la cannabis, los efectos a corto y largo plazo y los riesgos a los que están expuestos los consumidores.

Nombre científico:	- Cannabis Sativa
Nombre popular:	- Marihuana, yerba, macoña, ganya, pito, cuete, caño, porro, huiro.
Clasificación:	- Depresor
Forma de consumo:	- La marihuana generalmente se fuma, en cigarrillos hechos a mano o en pipas especialmente diseñadas (a veces con cañas largas o pequeños depósitos de agua para enfriar el humo, que suele alcanzar altas temperaturas). También se come (en queques o galletas). El “hachís” es la resina de cannabis desecada y se fuma mezclado con tabaco.
Efectos en el organismo: (los efectos son de rápida aparición y varían según la	Efectos inmediatos: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis bajas: puede producir sensaciones placenteras de calma y bienestar, aumento del apetito, euforia, desinhibición, pérdida de concentración, disminución de los reflejos, ganas de hablar y reír, enrojecimiento de los ojos, aceleración

<p>dosis, el tipo de cannabis y el estado anímico y físico del individuo que la consume).</p>	<p>del ritmo cardiaco, sequedad en la boca y garganta, dificultad para ejecutar procesos mentales complejos, alteraciones de la percepción temporal y sensorial, y puede disminuir la memoria a corto plazo. A ello le sigue una segunda fase de depresión y somnolencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis elevadas: puede provocar confusión, letargo, excitación, ansiedad, percepción alterada de la realidad y, de manera más inusual, estados de pánico y alucinaciones. <p>Efectos largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Destaca el <i>síndrome amotivacional</i> (disminución de la iniciativa personal), unido a una frecuente baja de la capacidad de concentración y memorización. - Complicaciones en el sistema respiratorio y aparición de enfermedades como sinusitis y bronquitis. - Alteraciones en los sistemas reproductores masculino y femenino e inmunológico. - Puede generar tolerancia y dependencia, con el consecuente síndrome de abstinencia. - Alteraciones en el ritmo cardiaco y presión sanguínea - Congestión conjuntiva - Dificultad en el desempeño sicomotor - Efectos psicológicos - Puede generar tolerancia y dependencia, con el consecuente síndrome de abstinencia.
<p>Riesgos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Está constatada la potencialidad del cannabis como un gatillador de psicosis y cuadros de delirios y alucinaciones en personas en riesgo. Afecta el desarrollo personal del adolescente y crea una dependencia psicológica.

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

3.2.1 *Droga de entrada y soporte artificial*

El concepto de *droga puerta de entrada* ha sido estudiada para la cannabis, se señala que esta produciría cambios neurobiológicos que aumentarían la respuesta del Sistema Nervioso Central a otras sustancias adictivas. La droga puerta de entrada se define como la secuencia en la cual el uso de una sustancia precede y aumenta de alguna manera la probabilidad del uso de otra sustancia ilícita (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006).

En relación a las primeras motivaciones que aparecen ligadas al inicio del consumo de drogas en la adolescencia son, la curiosidad y luego el placer, aunque muchos de los jóvenes se dan cuenta de que la satisfacción es momentánea. Los que continúan con el consumo indicarían una tercera gran motivación, la del *soporte artificial*, es decir, adolescentes que no encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para relajarse, y solo lo hacen mediante un producto químico que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de medios naturales (Maturana A., 2011).

3.2.2 *Aceptación del consumo de drogas*

La aceptación del consumo de drogas por parte de la familia y el grupo de pares del adolescente va a determinar en gran medida su actitud frente a las drogas o la conducta de consumo. Desde la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1984), se concede gran importancia a los procesos vicarios en el funcionamiento psicológico. El aprendizaje vicario u observacional se define como aquel aprendizaje en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como estímulo de pensamiento, actitudes o conductas similares sobre otro individuo que observa la actuación del modelo. De esta forma la familia y el grupo de pares contribuye en el proceso de socialización y aprendizaje de normas del adolescente otorgando refuerzos a la conducta y sirviendo como modelo de comportamiento.

4. SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la Salud Pública. El consumo de alcohol y drogas debe ser considerado como problemática de salud mental. A nivel nacional, la experiencia desarrollada por la Red de Salud en el tratamiento del consumo

perjudicial y la dependencia de alcohol y otras drogas, genera un contexto favorable para el mejoramiento progresivo de la cobertura y calidad de la atención realizada.

4.1 Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas

Los criterios que definen los diagnósticos de “consumo perjudicial” y “dependencia” están definidos a partir de la Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10 (MINSAL, 2013) Estos son:

- **Consumo perjudicial:** patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables) o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol). El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotrópicas.
- **Síndrome de dependencia:** conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

5. TRATAMIENTO DE ABSTINENCIA

Según la Oficina contra la Droga y el Delito en su *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas* (Naciones Unidas, 2003), el tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social.

Una segunda acepción, aportada también por la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas, es la que aparece en la publicación *Demand Reduction A Glossary of Terms*, donde el tratamiento se concibe como una gama de servicios destinados a las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, cuyo objetivo es optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena (CONACE, 2004).

Según el Comité de Expertos de la OMS, el término tratamiento se aplica al proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de

intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (Naciones Unidas, 2003).

La oferta pública de tratamiento está destinada para aquellos con diagnóstico de abuso (consumo perjudicial) y dependencia de sustancias, ambas categorías se engloban en el concepto de *consumo problemático*. El Gobierno de Chile considera el consumo problemático de drogas como una enfermedad crónica tratable, de acuerdo a la definición internacional de la Oficina Mundial de la Salud (CONACE, 2010). Asimismo, es entendido como un fenómeno biopsicosocial que alteraría todas las esferas en la vida de una persona y que debiese, por lo tanto, recibir un tratamiento integral.

5.1 Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia CIE-10 (MINSAL, 2013) constituye un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos refieran que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

6. RUTINA OCUPACIONAL

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define como la persona valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de esta.

Podemos señalar dos características de la ocupación en el tratamiento (SERPAJ, 2011):

- Dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana, su ausencia o interrupción (incluso independientemente de cualquier problema físico, psicológico o social) es una amenaza para la salud.
- Cuando la enfermedad, trauma o condición social ha afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo de organizar el comportamiento.

La ocupación y la rutina ocupacional, se expresan habitualmente en todas las personas durante el desarrollo de las actividades cotidianas. El ser humano realiza un número importante de actividades en su vida, estas además tienen un patrón dependiendo de la edad y las circunstancias del sujeto.

Según la *American Occupational Therapy Association* las actividades diarias desarrolladas por las personas se pueden clasificar en diversas áreas de Desempeño Ocupacional:

❖ **Actividades de la Vida Diaria (AVD)**

- **Área ocupacional de auto cuidado:** actividades de auto cuidado (vestirse, alimentarse, higiene personal)
- **Actividades de la vida diaria instrumentales:** son actividades más complejas que las anteriores e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (control de la medicación, manejo de dinero, uso de medios de transporte, cocinar, etc.)

❖ **Actividades Productivas:** actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad. Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, aseo del hogar), con el cuidado de la familia y con el trabajo o estudios. De acuerdo con esta definición esta actividad productiva no está limitada a los adultos y se extiende a los niños y a los ancianos. Estas actividades proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social.

❖ **Actividades Tiempo Libre y Ocio:** conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha terminado con sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora (Dumazedier, 1968).

La rutina se define como el conjunto de actividades desarrolladas en un día que se repiten continuamente o tienen un patrón común en un tiempo determinado, en un día, en la semana o el fin de semana. Se destaca la necesidad de estructurarlas y graduarlas de acuerdo a la situación, de esta manera permite que exista un mayor orden y sentido acerca de las intervenciones que se realizan, también surge la necesidad de hacer quiebres con respecto a las rutinas institucionalizadas, destacando que el cambio requiere recursos e infraestructura y también trabajar en lo formativo (SERPAJ, 2011).

El análisis desde la ocupación como un espacio de intervención en temáticas de drogas, permite organizar el trabajo orientando las actividades y necesidades propias de los adolescentes, inmersos en un ambiente y una cultura particular que debe ser considerada en la intervención. Su metodología se fundamenta en el enfoque de Ocupación Humana, plasmado en la definición de rutinas ocupacionales personalizadas, tomando en consideración las características e intereses derivadas del proceso de tratamiento de rehabilitación de cada uno de los usuarios.

Instalar una rutina ocupacional en los Programas de Drogas permite que los adolescentes alcancen un equilibrio ocupacional, el cual es entendido como la integración de un número óptimo de roles apropiados en la vida de un individuo. Un equilibrio de estos otorga ritmo y organización y se da cuando no están en conflicto o en competencia en el tiempo y cuando hay roles adecuados a la estructura del uso del tiempo. Lograr un equilibrio en los roles contribuye a un desempeño ocupacional exitoso que a su vez aporta a la satisfacción en la vida (SERPAJ).

7. RED DE APOYO SOCIAL

Uno de los principales recursos que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Musitu, Buelga, Lila, & Cava, 2001). El apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Gracia, Herrero, & Musitu, 1995).

El apoyo emocional es entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas. El apoyo material es definido como la prestación de ayuda material

directa o de servicios. Por último, el apoyo informacional alude a las guías necesarias que moldean las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno.

El apoyo social tendría dos funciones principales. Una función instrumental que se expresa en la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta y una función expresiva que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones (Gracia, Herrero & Musitu, 1995).

El apoyo social permite a la persona lograr una mayor estabilidad, predictibilidad y control de sus procesos, refuerza la autoestima favoreciendo la construcción de una percepción más positiva de su ambiente, promueve el autocuidado y el mejor uso de sus recursos personales y sociales (Barra, 2004). Diversas investigaciones han constatado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social tiene en la percepción de la propia salud y en las conductas de salud preventivas y estilos de vida saludables (Gracia & Herrero, 2006; Musitu & Cava, 2002). Así también se ha podido establecer que la existencia de relaciones humanas positivas permiten alcanzar estados de relativo bienestar y superar acontecimientos estresantes durante las distintas etapas de la vida (Galván, y otros, 2006).

Se puede determinar por tanto, que los patrones relacionales surgidos desde los distintos niveles que conforman la estructura social, macro (comunidad), medio (red social) e íntimo (relaciones de confianza), contribuyen de distinta manera al bienestar de cada persona. En función de este último nivel se ha postulado que la calidad de la relación que los adolescentes mantienen con sus fuentes de apoyo próximas y de confianza, es considerada como el mejor predictor de ajuste psicosocial (Gracia, Herrero & Musitu, 1995).

CAPÍTULO III:

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. PRESENTACIÓN

En la actualidad, las demandas sociales en Chile han instalado en la discusión la calidad legal de la Cannabis, lo que pone en alerta a algunos sectores de la población. El presente Seminario de Título se enmarca en la necesidad institucional de generar conocimiento con respecto a los significados del tratamiento de abstinencia en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas vinculados a centros de tratamiento de rehabilitación y su relación con la despenalización de la Cannabis.

Cabe señalar, que el consumo de drogas en la adolescencia como fenómeno social requiere de un método minucioso que otorgue protagonismo a los discursos de los sujetos a través del análisis de las diversas variables que interfieren. De esta forma, el método cualitativo nos permite obtener información valiosa y detallada con respecto a la temática. En base a lo anterior, el estudio es de carácter exploratorio y su diseño es no experimental.

A continuación se presentará el capítulo referente al *diseño de la investigación*

1. Fundamentación metodológica

2. Problema de investigación

3. Diseño de investigación

- Objetivos de la investigación

4. Colectivos de investigación y criterios de inclusión

- Colectivo primario de investigación
- Colectivo secundario de investigación

5. Técnicas de investigación

6. Plan de análisis

7. Criterios de rigor

2. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

El presente estudio será desarrollado en base a la metodología de investigación cualitativa. Lo anterior, debido a la naturaleza del problema que investiga, ya que esta busca comprender el significado de la experiencia del tratamiento de abstinencia en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas.

La estrategia se centra en tomar la perspectiva del sujeto, cuyo propósito es proveer descripciones detalladas de los contextos sociales estudiados. El énfasis en la descripción se basa en lo aparentemente minucioso y trivial de la vida diaria, es valioso de observar, puesto que tiene capacidad de ayudarnos a entender lo que está pasando en un contexto en particular. La investigación cualitativa es más procesal que estática. Este énfasis en lo procesal se funda en que los participantes en la vida social experimentan la realidad social como procesos.

La investigación cualitativa tiene relevancia específica para el estudio de las relaciones sociales, debido al hecho de la pluralización de los mundos vitales, es por lo cual que este enfoque permitirá analizar los significados de los adolescentes con su proceso de tratamiento de abstinencia y su relación con la despenalización de la Cannabis en Chile.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El problema de investigación será presentado en base a una *pregunta de investigación general*, la cual pretende ser resuelta a lo largo del proceso. Se expone a continuación:

¿Cuáles son los significados del tratamiento de abstinencia en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas vinculados a los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué y Residencial Clotario Blest Riffo y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile?

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Objetivos de la investigación

❖ Objetivo general

- *“Conocer los significados del tratamiento de abstinencia en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas vinculados a los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué y Residencial Clotario Blest Riffo y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile”.*

❖ Objetivos específicos

- *“Identificar las características evolutivas que influyen en el tratamiento de abstinencia en adolescentes vinculados al CTA de Quilpué y CTR Clotario Blest Riffo y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile”.*
- *“Describir los significados de la abstinencia y rutina diaria en adolescentes vinculados al CTA de Quilpué y CTR Clotario Blest Riffo y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile”.*
- *“Identificar los significados de la red de apoyo social que interviene en el tratamiento de abstinencia en adolescentes vinculados al CTA de Quilpué y CTR Clotario Blest Riffo y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile”.*

5. COLECTIVOS DE INVESTIGACIÓN Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

5.1 Colectivo primario de investigación

El colectivo primario de investigación lo constituyen *adolescentes* vinculados a los Centros de Tratamiento de Rehabilitación en Drogas de la Comuna de Quilpué. Para una mejor comprensión de los criterios de inclusión, se procederá a detallar de manera particular según Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo y Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué.

❖ C.T.R. Clotario Blest Riffo

- Adolescentes varones entre 10 y 19 años 11 meses 29 días.
- Que se encuentren en tratamiento de abstinencia o con alta terapéutica.
- Que hayan presentado consumo de cannabis .
- Que quieran participar libre y voluntariamente de la investigación.

❖ C.T.A. de Quilpué

- Adolescentes de ambos sexos entre 10 y 19 años 11 meses 29 días.
- Que se encuentren en tratamiento de abstinencia, seguimiento o alta terapéutica.
- Que hayan presentado consumo de cannabis .
- Que quieran participar libre y voluntariamente de la investigación.

5.2 Colectivo secundario de investigación

El colectivo secundario de investigación corresponde al *equipo multidisciplinario* del C.T.R. Clotario Blest Riffo y C.T.A. de Quilpué, integrado por psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y operadores terapéuticos. Los profesionales serán selecciones en base a los siguientes criterios de inclusión:

- Que tengan experiencia de trabajo en drogodependencia infanto-juvenil.
- Que se encuentren en los respectivos Centros de Tratamiento de Rehabilitación con una antigüedad de 1 año.
- Que quieran participar libre y voluntariamente de la investigación.

La muestra cualitativa se trabajará en base a los usuarios y profesionales que se encuentren insertos en el C.T.R Clotario Blest Riffo y C.T.A de Quilpué.

6. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas de investigación se seleccionaron considerando la pregunta de investigación, la naturaleza del comportamiento de los participantes, la dinámica de los respectivos centros de tratamiento de rehabilitación y el conocimiento previo acumulado sobre el tema específico.

Para efectos del estudio, las técnicas de recogida de datos se aplicarán a las unidades de análisis. Es así, como la entrevista semi-estructurada estará dirigida a los usuarios y el grupo de discusión, al equipo multidisciplinario. De esta forma, las técnicas seleccionadas se adecuan a las condiciones dadas por el contexto institucional y la metodología cualitativa.

- **Entrevista cualitativa⁴:**

De acuerdo al tipo de información que se busca recopilar y el conducto que se pretende seguir en la elaboración del formato de la entrevista, esta será semi-estructurada, ya que se basa en una guía de asuntos o preguntas, donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

- **Grupo de discusión⁵:**

El grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente siete a diez personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión (Krueger, 1991).

⁴ Véase Anexo N°1

⁵ Véase Anexo N°2

7. PLAN DE ANÁLISIS

Para facilitar el análisis de la información recopilada a través de las técnicas de recogida de datos, se trabajará a través de Unidades de Análisis y sus respectivas subcategorías, como se expone en el siguiente cuadro:

UNIDADES DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍAS
1. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ADOLESCENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la adolescencia. - Contexto familiar. - Grupo de pares. - Consumo de cannabis.
2. ABSTINENCIA Y RUTINA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación al cambio. - Síndrome de abstinencia. - Significados de la abstinencia. - Rutina ocupacional.
3. REDES DE APOYO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Red de apoyo familiar. - Red de apoyo de grupo de pares. - Red de apoyo institucional.

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

8. CRITERIOS DE RIGOR

Para efectos de la presente investigación, se considerarán los siguientes criterios de rigor:

ASPECTO	CRITERIO DE RIGOR	PROCEDIMIENTO
VALOR DE VERDAD	CREDIBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo prolongado en el mismo lugar. - Observación persistente. - Triangulación. - Comprobación con los participantes.
APLICABILIDAD	TRANSFERIBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Muestreo teórico. - Recogida abundante de información. - Desarrollo de descripciones minuciosas.
CONSISTENCIA	DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer pistas de revisión. - Auditoría de dependencia. - Réplica paso a paso.

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

CAPÍTULO IV:

ANÁLISIS DE LOS DATOS

1. PRESENTACIÓN

La siguiente etapa de la investigación corresponde al *análisis de los datos*, que será elaborado a partir del cruce de información de los contextos en los cuales se inserta el estudio, el marco referencial seleccionado y los discursos entregados por parte de los adolescentes y equipo multidisciplinario.

Para orientar el desarrollo de los análisis, en el capítulo anterior se seleccionaron Unidades de Análisis, cuya interpretación se expone a continuación:

- **Unidad de Análisis N°1:** Se entenderá por *Características Evolutivas de la Adolescencia* a los cambios en el desarrollo biológico, cognitivo y psicosocial que vivencian los sujetos durante esta etapa que influyen en el tratamiento de abstinencia y su relación con la despenalización de la Cannabis en Chile.
- **Unidad de Análisis N°2:** Se entenderá por *Abstinencia y Rutina Diaria* a los ejes principales del tratamiento de rehabilitación en drogas, que permiten la desintoxicación del organismo y el equilibrio de las ocupaciones de los adolescentes a través de una estructura vital y su relación con la despenalización de la Cannabis en Chile.
- **Unidad de Análisis N°3:** se entenderá por *Red de Apoyo Social* al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social que influyen durante el tratamiento de abstinencia y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile.

2. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ADOLESCENCIA

La Unidad de Análisis N°1 corresponde a *Características evolutivas de la adolescencia*, la temática a abordar se desglosará en subcategorías, las cuales a su vez incluyen elementos asociados que surgen de los relatos y discursos entregados por parte de los adolescentes y profesionales vinculados a los Centros de Tratamiento de Rehabilitación en drogas, exponiéndose de la siguiente manera:

❖ Cambios en la adolescencia

- Desarrollo sexual
- Búsqueda de la identidad
- Desarrollo Cognitivo

❖ Contexto familiar

- Crisis normativas del ciclo vital
- Crisis no normativas del ciclo vital
- Independencia de la familia

❖ Grupo de pares como modelo de referencia

- Conductas de riesgo

❖ Percepción de riesgo de la cannabis

- Cantidad y calidad de la información
- Creencias y actitudes frente a la sustancia
- Experiencia con la sustancia
- Percepción de la sustancia

❖ Consumo de Cannabis

- Soporte artificial
- Síndrome amotivacional
- Salud mental
- Vulneración de derechos NNA

2.1 Cambios en la adolescencia

2.1.1 Desarrollo sexual

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Empecé con salidas, carrete, vacilar con los amigos, íbamos a la plaza, nos poníamos a escuchar música fuerte, íbamos a buscar a las chiquillas y después empezamos ya con el sexo”</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Salía más (...) me gustaba ir a fiestas (...) con mi hermano, no mi hermano mi tío, el hermano de mi mamá (...) un fin de semana era la fiesta del melón, eran buenas habían cualquier mujeres, íbamos pa´ allá”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“En ese tiempo me distraía mucho más, oh.. empezaba como a pololear y todo eso, empezaba a experimentar esas cosas”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Quería salir, quería, ya estaba más pendiente a los niños en vez de a mis papas y me gustaba arreglarme y todo era como súper así agrandá”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>

En base a los relatos de los adolescentes entrevistados, se logra constatar que las actividades de ocio y tiempo libre significan una instancia de recreación y esparcimiento para los sujetos, son desarrolladas en conjunto con el grupo de pares y permiten relacionarse con otros. A partir de lo anterior, es que se define que el *desarrollo sexual en esta etapa se sustenta en cambios biológicos y se expresa en términos sociales*, ya que con el inicio de la pubertad se produce un aumento de las hormonas sexuales, lo que se traduce en la activación sexual de los adolescentes, las prácticas sexuales se constituyen en un fenómeno aceptado al interior del grupo de pares que otorga mayor reconocimiento social. De esta forma, en los espacios en que se desenvuelve el adolescente existe la *manifestación del deseo y atracción sexual* lo que va moldeando la identidad sexual de cada sujeto. Además de lo anterior, los adolescentes vivencian las primeras *experiencias de relación afectiva o pololeo*, que permite el *descubrimiento, búsqueda del placer y la exploración sexual*.

2.1.2 Búsqueda de la identidad

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Bueno a los diez años, eh... bueno para destacarlo yo me acuerdo que era bien gordito, los diez años fue una etapa, justo a esa edad, fue una etapa súper decisiva para mí, porque eh... encontré mi pasión que hasta hoy en día es así que es el futbol, entonces... yo creo que a los diez años empecé</i></p>

a desarrollar ese magnífico deporte que hasta hoy en día me apasiona eh... y que gracias a eso pude bajar hartos kilos”

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Rifo, 2016)

“Yo me acuerdo que yo en esa edad ya buscaba mi estilo así, empezaba a tratar de buscar mi estilo y eso”.

(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)

“Me encantaba ser así me sentía como rebelde, como mala”.

(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)

“Ellos están en una etapa donde deberían estar definiendo algunos elementos de identidad pero en un contexto donde la vulnerabilidad es tal que no hay ningún piso emocional ni psíquico para que le cabro se diferencie y claro si bien es un proceso que debiera ser normativo no están las condiciones contextuales para que lo haga ni presentes ni históricas”.

(Psicólogo CTR Clotario Blest Rifo y CTA Quilpué, 2016)

Los discursos analizados permiten señalar que durante la etapa de la adolescencia el sujeto comienza a *identificar gustos, intereses y principios* que le son propios y que van a determinar en gran medida su identidad en un futuro. El adolescente descubre qué actividades satisfacen sus expectativas personales y sociales, en los relatos se expresan como elementos de definición de la identidad, la práctica deportiva y la búsqueda de un estilo representativo.

El proceso de definición de identidad trae consigo que el individuo se juzgue a sí mismo en función de cómo percibe que le juzgan otras personas significativas (López, 2008). Desde la perspectiva de Trabajo Social, se sugiere examinar las relaciones que establece el individuo con su contexto familiar, ya que las historias de vida de los adolescentes analizados traen consigo *carencias familiares* que afectan la percepción que pueden tener de sí mismos y traen consecuencias en la definición de la identidad, constituyéndose en una crisis que puede no ser resuelta. Junto con lo anterior, la interacción del adolescente en contextos de vulnerabilidad social, pone en riesgo la definición de la identidad del sujeto, ya que la vinculación con las drogas en la adolescencia puede significar que el individuo se identifique con estas prácticas de consumo.

Podemos reconocer en los fragmentos, el perfil de *identidad negativa asumida como desafío rebelde*, en donde los adolescentes reaccionan contra lo que se espera de ellos, en relación a las normas y valores inculcados durante la infancia por parte de su familia o persona significativa, de esta forma el consumo perjudicial y/o dependiente de drogas aparece como un factor importante en la conducta disruptiva de los sujetos.

2.1.3 Desarrollo cognitivo

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Yo quería crecer rápido, vivir la vida así, de pensar es que yo siempre tenía ese pensamiento y decir ya el colegio, después la universidad, las practicas, el trabajo y ¿cuándo va a hacer el tiempo pa´ mi? Pa´ disfrutar mi vida, desde chica he tenido esas ganas de vivir la vida y disfrutar y andar loqueando corriendo ahí, yo soy como bien loca y de pensar que vienen toda mi carrera y de pensar que va a ser un peso y no voy a poder andar haciendo lo que voy a hacer, así que lo aproveche en el momento noma´ hasta que se me acabo.”</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Es que no sé por qué lo hice, yo lo quería hacer noma, igual sé que estuvo súper mal, hubiera hecho otras cosas por ser hacer deporte, porque me gusta hacer deporte, pude haber estado haciendo deporte, bailando no sé, yendo a la playa, y todo ese tiempo que perdí lo pude haber usado en esas cosas”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Yo creo que a través de las experiencias que uno va pasando y va adquiriendo más madurez también, te hace cambiar el pensamiento, te hace ver las cosas de otra forma, bueno que igual a los 10 años uno no se da cuenta del tipo de vida que está viviendo o que cosas tengo que hacer cuales no”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Yo hacía las cosas y no me importaban si eran malas o no yo las hacía igual”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terepeútica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Era muy eh impulsivo, era yo y soy aún, eh sipo tomaba decisiones que ni pensaba, llegaba y las hacia no más”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Yo creo que la mejor decisión que tome fue venirme pa´ acá, sí, yo creo que debe haber sido la mejor decisión, la única creo”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Uno siempre tiene que saber elegir que va a hacer, es una etapa súper decisiva desde ahí para adelante, o sea... si uno quiere ser deportista es deportista, si uno se mete en las drogas, se mete en las drogas (...) nunca pensé en los riesgos que tenía el consumo de drogas o meterme en el mundo de la delincuencia, nunca se me paso en la cabeza, no porque no sabía sino que simplemente porque no me preocupaba de eso, yo solamente vivía el día a día y no me preocupaba si es que la droga podía hacerme algo malo o si es que al robar podía pasar me algo malo”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Yo creo que claramente la mirada bien ególatra que tienen los adolescentes dificulta ciertos procesos porque claramente la valoración de las consecuencias o el daño es distinta a la que pueda tener un adulto (...) están en una etapa donde el Estado debería proteger el desarrollo saludable de los miembros de un país y desde ahí el consumo no es válido, por un montón de experiencias, por la etapa, si un adulto después quiere tomar decisiones ya teniendo los recursos que el sistema le pudiese dar, tiene su libertad, pero en la adolescencia no es etapa para tomar ese tipo de decisiones”.</i></p> <p>(Trabajadora Social CTA Quilpué, 2016)</p>

Es preciso evidenciar en el discurso de los sujetos analizados dos elementos significativos que se contradicen entre sí; en primer lugar la inmediatez con la que plantean su desarrollo evolutivo, con un crecimiento acelerado orientado hacia la vida del adulto y por otra parte, se refieren a la adolescencia como una etapa de menos responsabilidades, en la cual pueden realizar actividades que generen placer y satisfacción sin prever los efectos que generan algunas conductas de riesgo, sobrevalorando situaciones concretas del momento e ignorando las consecuencias de sus impulsos inmediatos. Un segundo elemento tiene que ver con las responsabilidades que trae consigo la etapa adulta, en donde se observan *perspectivas de futuro negativas* en la definición de su proyecto vital, ya sea en la educación superior y/o en el área laboral. Esta construcción de un plan de vida que tenga coherencia y sentido, es visto por los adolescentes entrevistados de manera amenazante, angustiante y con escepticismo, lo que genera la utilización de recursos alternativos que prometen *felicidad* a corto plazo, seguridad y olvido momentáneo de los problemas.

Lo anterior nos muestra el *individualismo y el presentismo* de la sociedad actual, en donde los adolescentes buscan compulsivamente la excitación. El *hedonismo* es parte de las experiencias de vida de los sujetos, los cuales se hallan inmersos en la búsqueda de la satisfacción y el placer inmediato, de la emoción, de la estimulación de sus sentidos y se someten a las incitaciones del medioambiente. Otro factor importante a considerar es el *bajo nivel de tolerancia a la frustración*, lo que explica el por qué están en una constante búsqueda por cumplir con sus expectativas personales y sociales. Dichos elementos al encontrarse en un contexto facilitador de lo hedónico fomenta y mantiene conductas de consumo de drogas, considerando que los espacios en los cuales los adolescentes se desenvuelven están asociados a la diversión, como un estado de ánimo que los abstrae del mundo real y de sus complicaciones, por lo que el consumo de drogas además de generar placer, *exalta los estados de ánimo y constituye un soporte artificial* en la vida de los sujetos.

Otro elemento característico de la etapa es el *egocentrismo y lo que se conoce como la fábula personal*, en donde los sujetos consideran únicas sus vidas, sus sentimientos, sus pensamientos, sus experiencias. Además poseen un *sentimiento de invulnerabilidad*, que está relacionada con las limitaciones del adolescente para el uso de un razonamiento probabilístico que le llevará a un cálculo erróneo de los riesgos y una mayor implicación en conductas arriesgadas.

En esta etapa el pensamiento está en función de los procesos sociales, emocionales y cognitivos. Bajo esta premisa se desprende, que la valoración que hacen de las consecuencias o el daño difiere a la mirada de un adulto, ya que el funcionamiento cognitivo puede afectar el desarrollo del juicio, la toma de decisiones y la asunción de riesgos, lo cual explica las conductas impulsivas y su vinculación con el consumo de drogas.

2.2 Contexto familiar

2.2.1 Crisis normativas del ciclo vital familiar

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Con la primera persona que me encariñe bastante fue con mi abuelo... con el yo empecé a compartir y íbamos juntos pa´ todos lados, éramos como padre e hijo, hasta los doce años que fue que el falleció y eso a mí me trajo una depresión porque éramos muy unidos, uña y mugre y a través de esa depresión fue que yo caí a las drogas”</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Yo vivía con una persona que era vecina de mis padres, que al final me empecé a criarme a 1 año y 3 meses con ella porque mis padres trabajaban entonces casi no tenían tiempo para mí y tomaron medida que un día mi papá me tuvo que ir a dejar a la casa de la vecina y ahí empezó a criarme (...) cuando ella falleció para mí fue cuatrico porque yo siempre me crié con ella entonces, pa´ mi llegó a ser mi mamá, más que la verdadera, mi mamá verdadera estaba perdida en el sentido que consumía, andaba bota y cuestiones así, me crie con mi mami, por eso yo le digo mami po´ y siempre me crie con ella, ella era ya de edad”</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Cuando vivía con mi bisabuela y que ella murió, eh en una casa chiquitita, pero si me gustaba vivir con ella y todo y después nos tuvimos que cambiar de casa y ahí igual fue difícil”</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Mi abuela se murió en el terremoto, estábamos en conti, la casa era de adobe y le cayó el techo encima debe haber sido el golpe que le llegó en la cabeza”</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Mi mamá igual estuvo ausente varias etapas de mi vida, ella era buena pal carrete y todo y después hubo un tiempo que eh... se tranquilizó pero se fue a vivir al norte para trabajar (...) Yo creo que eso fue lo que más se me hizo difícil cuando era pequeño y obviamente no haber tenido a mi padre a mi lado, eh...pero no obstante así, nunca me faltó mi apoyo paterno ya que mi abuelo fue siempre mi apoyo paterno, yo no conozco a mi papá biológico, porque para mí él es mi papa, mi mamá fue mamá soltera, yo no tuve a mi papá, pero lo que sí tuve a mi abuelo, que sí fue mi padre”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>

En relación a la historia familiar de los adolescentes entrevistados, se logra identificar *la crianza como una etapa del ciclo vital familiar*, que es asumida por otros miembros de la familia o persona significativa, los cuales brindan atención y cuidado. Por otra parte, se expresa como hito significativo *la pérdida de algún familiar o persona significativa por fallecimiento*. Dichas personas corresponden a adultos mayores que desempeñaban el rol de abuelo/ abuela, bisabuelo y madre de crianza.

Dichas crisis normativas en la vida de los adolescentes y sus familias, representa un acontecimiento esperable dentro del ciclo vital familiar, que genera demandas y produce desorganización, debido a los recursos que la familia debe disponer para estabilizar el sistema y brindar apoyo y contención a sus miembros. Sin embargo, significan un punto crítico de transición para los adolescentes, de vulnerabilidad psicológica, física y social, significando un episodio difícil de superar, en algunos casos marcando el inicio de las conductas de riesgo y la experimentación en el consumo de drogas y alcohol, en otros adolescentes significó la búsqueda de placer en sustancias más nocivas para su salud.

2.2.2 Crisis no normativas del ciclo vital familiar

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Lo más importante fue cuando se separaron mis papas, eso fue como el 2008, no me acuerdo muy bien la fecha”.</i> (Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Las peleas de mis papas, eso fue como lo más difícil pa’ mí , que por eso después cuando fui creciendo por todas las discusiones me metí en droga”.</i> (Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Igual yo recuerdo que me llevaban al psicólogo, porque mi mamá con mi papá no estaban juntos y me daba lata”.</i> (Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Es que con mi papa era súper así juntos, ahí me sentía súper querida, y cuando se separaron, así como que ya no era lo mismo”.</i> (Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Lo que sí puedo destacar que cuando tenía una 17 años, en plena adolescencia, mi mamá cayó al hospital eh grave y estuvo a punto de morir, por lo que tuvieron que extirparle un riñón, yo creo que eso sí puede haber sido una etapa muy difícil en mi adolescencia ya que si bien mi mama hoy en día está súper bien, pero estuvo con hartas probabilidades de morir, fue una etapa súper difícil”.</i> (Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Eh, yo nací en Punta Arenas, eh vivía con mi papá, eh mi mamá y mis hermanos. Nosotros éramos, somos cinco hermanos, después por problemas familiares me tuve que ir a vivir con mi mamá y mi hermano a Talcahuano, después me devolví a punta arenas, viví todo ese tiempo eh mi</i></p>

papá se vino, 2013, 2012 más o menos, 2014 se vino a Santiago y eh... después yo el 2014, 2015 yo me vine acá a vivir”.

(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)

Los cambios en la sociedad actual, han permitido entender la familia desde diferentes perspectivas, dejando atrás el concepto de familia tradicional y ampliando la mirada hacia diferentes tipologías de familias (familia nuclear simple, biparental, monoparental, familia extensa, familia unipersonal, familia nuclear reconstituida)⁶. Sin embargo, la teoría del ciclo vital familiar considera la *separación de los padres* como una crisis no normativa ya que constituye un hecho que está considerado dentro de la historia familiar como un acontecimiento de carácter accidental y que no guarda relación directa con las etapas del ciclo vital. Esta crisis se expresa al interior de la familia, la cual puede tener repercusiones importantes en la vida de cada uno de sus miembros, debido a la naturaleza que el acontecimiento provoca se denomina *desmembramiento*. Los sujetos analizados refieren la separación de sus padres como un momento difícil que debieron atravesar como niños o adolescentes, en donde la falta de comunicación y ambiente familiar complejo contribuye a generar y/o mantener los déficits y carencias personales que el adolescente puede intentar compensar recurriendo al consumo de drogas.

Por otra parte, se identifican otras situaciones de crisis no normativas; *problemas de salud por enfermedad grave de un miembro de la familia y traslados de región por cambios significativos de la economía familiar*.

2.2.3 Independencia de la familia

Matriz de deconstrucción global

Unidad de Registro

“Yo no me daba cuenta de las cosas que hacía, vivía mi mundo mi día a día, no pescaba a mi mamá, llegaba a la casa no pescaba a mis hermanos, pasaba peleando con ella, no quería saber nada de ellos, lo único que hacía era salir, consumir y pasarlo bien, nada más”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Mis papas , mi hermana mi familia ya la deje de lado, empecé a salir , me metí en el vicio y no pasaba en la casa era como que no tenía familia , era como que yo veía por mi parte noma”.

(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)

⁶ Véase en Comisión Nacional de la Familia (CNF)

“Me puse un poco más frío con mis cercanos, empecé a no sé si llamarlo madurez, pero empecé a tener un cierto grado de madurez que no era tan regalón, o sea era mucho más independiente, entonces eso también me permitía que fuera... eh... más frío con las personas que me rodeaban...yo creo que algo que deje de lado fue con mi familia, que como te decía uno se mete a otro mundo, uno se dedica más a sus amistades, uno conoce fiestas, conoce eh... carrete, conoce claro... eh.. otros amigos, otras amistades, yo creo que eso, yo creo que me aleje harto de mi familia en esa etapa (...) pero obviamente que cuando me metí en este mundo de la droga y todo eso, eh obviamente la relación con mi familia en cuanto conmigo empeoraron (...) cuando se dieron cuenta que yo me estaba yendo para ese lado, mi familia empezó a recriminarme eh... atrevido, rebelde, entonces siempre habían conflicto por eso, porque llegaba tarde a la casa, o porque no llegaba o porque llegaba volao, porque llegaba curao, entonces siempre habían conflictos sobre eso con mi familia”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

Con el inicio de la adolescencia temprana, se producen importantes cambios a nivel afectivo y relacional, en donde se modifica la relación del adolescente con su familia. En esta fase, el individuo debe superar el duelo de la pérdida de los padres de la infancia y experimentar nuevas formas de vincularse. Este proceso de independencia del seno familiar, se expresa desde el plano físico y emocional, ya que los individuos comienzan a compartir menos tiempo con sus familias y organizan sus actividades e intereses en base a su grupo de iguales.

El rechazo a la vida del adulto constituye la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente, el cual le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentar conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. Sin embargo, la adolescencia debe ser vista como una etapa de transición y de especial vulnerabilidad, en donde los sujetos aún dependen económica y legalmente de sus padres o adulto responsable, por lo que requieren de protección y cuidados para una experiencia vital positiva y desarrollo óptimo en el futuro.

2.3 Grupo de pares como modelo de referencia

Matriz de deconstrucción global

Unidad de Registro

“En el colegio donde estaba yo típico el grupito desordenado de aquí y ya... y yo como estaba así todos los días callao, bueno a través de mi hermano también... se juntaba con ese tipo de gente y yo empecé a juntarme con mi hermano en el colegio, empecé a conocer a ellos, empecé a probar cosas como las drogas y ahí donde empecé con el gustito (...) Yo veía a mis amigos como a mi familia algo así, pasaba todo el día con ellos me gustaba

estar con ellos era cosa de yo llegar a la casa y yo ah... no quiero estar aquí, no me hace bien, eso me hace bien, consumir y estar con mis pares”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Empecé a salir mucho, salía con unas amigas que no tenían que ser mi amiga y eran muy mala influencia, pero de chiquita que las conocía eran mis vecinas, tuve mi infancia con ella, pero con el tiempo fueron creciendo fuimos creciendo todas y nos fuimos metiendo en el vicio y algunas se están perdiendo por lo menos yo me estoy salvando”.

(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)

“Por los amigos, yo veía que ellos fumaban y toda la cuestión y yo nunca anduve así como angustiao pidiéndole, sino que yo veía, ya estos están consiguiendo ahí, fui pa´ allá, conseguí, empecé a informarme como se hacía todo y al final me termine convirtiendo yo en el vicio”.

(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Yo me juntaba con unos que fumaban marihuana, otro que jalaban, otro grupo que tomaban pastillas y otro grupo que le hacían a los encendedores. Del colegio eran los que fumaban, y de afuera ya gente mayor veintitantos treinta y algo la coca, y los encendedores lo sacaba de mi casa”.

(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)

“No... eh, haber, no en un tiempo yo me juntaba así, que me invitaban así a fumar eh, me juntaba así y ahí igual deje un poquito de lado las otras amistades sin darme cuenta yo y después cuando paso todo, o sea cuando ya después deje de andar metido en esas cosas eh me quede con los que de verdad yo cache que no... o sea.. que si no tenía un pito igual me decían ya ven nomas, no tenía moneas igual salíamos, entonces con esos yo al final yo me quedé, con los otros ya no”.

(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)

“En san pedro tengo hartos amigos, o sea tengo amigos que consumen y otros que no consumen, esos que consumen los tengo de lejos y esos que no consumen lo tengo bien cerquita (...) hace poco tuve unas discusiones con ellas y yo les dije que por ella recaí esas no eran amigas o sea si iban a ser amigas me tenían que apoyar y no meterme en el vicio de nuevo, que me ayudaran que si cuando lo tengan ello y yo quiera que me digan no y me lo corran por último”.

(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)

“Ellos están constantemente explorando y en la búsqueda de aprobación por el otro principalmente grupo de pares, a nosotros también se nos hace difícil tratar que ellos entiendan que eso que utilizaron para sobrevivir en ese momento no es lo ideal”.

(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo, Focus Group profesionales, 2016)

“El contexto es un elemento, un espacio donde efectivamente los pares toman relevancia y aquí los pares que han tomado relevancia han sido pares que están más bien asociados a la idea del consumo o la atomización del consumo y aquí hay una presión no menor para que el cabro continúe consumiendo”.

(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo y CTA Quilpué, 2016)

Para los adolescentes, el grupo de pares representa un elemento importante en su experiencia vital, ya que se forjan nuevas relaciones con personas que transitan por el mismo periodo, incorporando elementos de afinidad e intereses. Los sujetos transitan por las etapas de la adolescencia y el grupo de pares va sustituyendo en mayor medida a la familia como modelo de referencia, moldeando actitudes, definiendo gustos e intereses y adoptando hábitos propios del grupo. Es de esta forma que el grupo de pares con el cual el adolescente se vincula, le va entregando pautas o puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismo. En los discursos de los sujetos analizados, el grupo de pares se presenta como un elemento crítico y decisivo, ya que si poseen una actitud favorable al consumo de drogas, el adolescente adoptará también estas reglas en su repertorio de conducta.

Los adolescentes en esta etapa comienzan a construir su propia identidad, el grupo de pares como una instancia de socialización y modelamiento de conductas, va aportar elementos claves para la definición de la identidad del sujeto que podría extenderse hasta la etapa adulta. Al interior del grupo confluyen una serie de normas y valores que deben ser compartidos por todos los miembros, los adolescentes se sienten reconocidos, comprendidos, dotándoles de un sentido de pertenencia y compromiso intra-grupal, estas características permiten entender el grado de influencia que ejerce el grupo de pares sobre los sujetos, los adolescentes buscan constantemente alcanzar la aceptación de los otros para ser valorados, como una necesidad prioritaria que va condicionando su actuar y el modo de relacionarse con las personas. En esta búsqueda de aceptación de los otros, los adolescentes adoptan conductas y reciben nueva información directa o indirectamente sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, que en ocasiones difieren a las que el sujeto vive en su medio familiar.

2.3.1 Conductas de riesgo

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<i>“Claro, como todo traficante, de repente a uno lo ven que es traficante y tiene miles de dinero, tiene las mejores cosas pero uno también tiene problemas, no puede dormir tranquilo, más encima los que te iban a comprar siempre golpeaban tu casa y no te dejaban tranquilo eh los otros traficantes por ahí por envidia te querían hacerte, no se asaltar, te querían quitarte las cosas, entonces, osino habían balaceras y cuestiones así, entonces igual arriesgué mi vida hartas veces, yo no era traficante solo po’, yo tenía mi... como guardaespaldas, entonces como yo nunca fui solo, entonces mis amigos iban pa’ allá, balaceaban y a mí me escondían po’, yo nunca estuve cerca de nadie así solo siempre andaba acompañado de hartos, así que nunca</i>

estuve en peligro, más que nada yo me metía en dramas drogao si, iba pa´ allá disparaba a alguien y empezábamos a agarrarnos a balazos, cuestiones así”.

(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Estuve detenida hartas veces...porque me encontraron o sea era tarde salía tarde me gustaba tomar y me pillaban los pacos y me metían noma... salía sin permiso llega con alcohol a la casa , no respetaba a mi mama una vez le levante la mano a mi mama no ahí me descontrolé y nadie me podía parar y no frenaba tampoco yo seguía en lo mío hasta que deje de un lado los estudios y todo”

(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)

Las conductas de riesgo en la adolescencia constituyen una oportunidad de crecimiento si el sujeto logra estabilizar los elementos que están en riesgo. Sin embargo, en adolescentes con carencias y problemáticas significativas, la oportunidad de pérdida es mucho mayor y la asunción de riesgo puede tener consecuencias perjudiciales tanto para el individuo como para su contexto más próximo.

Los factores de riesgo que están asociados a adolescentes con consumo de drogas es la inclusión en grupos favorables a la transgresión y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas, lo que genera un contexto para incurrir en conductas problemáticas. Las conductas de riesgo le permiten reafirmar su identidad, necesitan compartir ciertos ritos específicos, que en ocasiones constituyen un peligro y amenaza. La asunción de riesgos les proporciona estatus y mayor poder, se puede analizar el tráfico de drogas ilícitas, que trae consigo consecuencias legales y exposición a riesgos perjudiciales para la salud, producto de un balance decisional de riesgos y beneficios erróneo. Lo anterior viene dado además por la necesidad de transgresión que tienen los adolescentes en esta etapa, rechazan el orden social establecido y se ven involucrados en conflictos con la justicia, lo cual es reforzado por la sensación de invulnerabilidad que sienten, el egocentrismo, la omnipotencia y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia.

La pérdida de control de la conducta y la impulsividad con que actúan afecta sus vidas y también la vida de las personas que están a su cuidado, generándose situaciones de transgresión de las normas, conflicto y violencia al interior de la familia.

2.4 Percepción de riesgo de la Cannabis

2.4.1 Cantidad y calidad de la información

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Las cosas buenas que yo he visto que te alivia dolores, que te ayuda pal cáncer todo lo demás eh y el autocultivo el fin sería súper bueno para cómo se llama para diferenciar personas traficantes de autocultivo o de fumadores por así decirlo porque igual tratan de buscar su identidad, que es al fin y al cabo, que son personas que no le hacen daño a nadie, daño a terceros ni nada, es más si son autocultivadores no le hacen ni daño a las mismas personas en su casa, si esas personas ya las toleran le dicen ya, estamos queriendo tus plantas y está bien porque no le hacen daño a nadie (...) Lo que yo haría sinceramente sería tener yo tendría plantas, yo tengo a mi abuela, yo tengo a mi abuela que tiene dolores y todo lo demás, yo no le diría abuela fumate uno yo le diría así como oiga usted sabe hacerse te ya hágase un té con esto para ver si le resulta, me gustaría más ayudar po’, me gustaría ayudar y al final no me gustaría causar daños con eso ni nada eh ni y eso hasta que yo cumpla mis 18 años y sea ya consciente de mis actos y todo eso, no...no consumiría”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Estoy como 50 y 50 en el sentido que 50 porque a las personas que le hacen bien ya casi todos consumen incluso niños, adultos y abuelos ya consumen y no va a ser siempre para mal consumir”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“No yo creo que si está bien deberían hacerla legal (...) porque lo que uno ve, la gente, los niños necesitan medicina y de eso y tampoco la marihuana es una droga si ella crece de la tierra, como va a ser una droga, como la pasta base, esas cosas”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terepeútica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Si está bien(...)No pueden prohibir algo natural, porque se planta solo, porque usted si va caminando así al cerro puede ver una mata eso es natural y nosotros la fumamos”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Claro, eh... si igual es un tema súper complejo pero yo creo que por lo que yo igual he sabido la marihuana en cantidades normales, de un consumo eh... y de consumo natural eh creo que si tiene buenas propiedades si encuentro que si la despenalización se llevara a cabo por usos medicinales no creo que estaría malo”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>

La despenalización de la cannabis en Chile se ha instalado en la discusión política durante los últimos años, de la cual emergen diferentes posturas. Dentro de estas, la despenalización es vista como una solución frente a la inseguridad social y el tráfico de drogas. Desde algunos sectores del área de salud, se busca explorar el uso de la cannabis en personas que presenten ciertas patologías. Por otra parte, existen grupos que dirigen la

discusión hacia la proclamación de la libertad individual de cada sujeto de hacer uso de la sustancia sin repercusiones legales.

Bajo este escenario es que en el año 2014 ingresa a la Cámara de Diputados para ser discutido y analizado el Proyecto de Ley n° 16 que busca legalizar el cultivo de marihuana para uso personal, medicinal, espiritual y recreacional. Lo anterior, trae consigo una serie de efectos a nivel económico, político, sociosanitario y de salud mental, por lo que es interesante develar los significados de esta nueva información en adolescentes que se han vinculado con el consumo de cannabis y han presentado un consumo perjudicial y/o dependiente.

Los discursos de los adolescentes entrevistados expresan lo que denominaremos la *naturalización del consumo*, en donde la Cannabis aparece como una sustancia inocua que proviene de la naturaleza y que no produciría daños nocivos para la salud. Los sujetos identifican el uso para fines terapéuticos, en donde los medios de comunicación han transmitido ciertos mensajes erróneos a la población, en base a generalizaciones de las posibles propiedades de la planta. Cabe señalar, que las investigaciones con respecto a las propiedades de la Cannabis aún se encuentran en proceso y sus resultados no han sido comprobados. Sin embargo, las pruebas que se han realizado en personas con fines terapéuticos están sujetas bajo indicaciones médicas y controles que salvaguarden el tratamiento, tales como la vía de administración, forma de consumo y dosis. Finalmente resaltar que se debe hacer la distinción de la planta de Cannabis en sí y los cannabinoides, que son los componentes de la planta, ya que la cannabis contiene 489 componentes distintos, de éstos setenta son cannabinoides y se conocen principalmente dos, el THC psicoactivo y el CBD (Dörr, 2016). Estos cannabinoides están siendo objeto de estudio para el alivio de ciertas patologías y no la planta en su totalidad.

Cabe distinguir, que independiente de las investigaciones científicas que se realicen en torno a la sustancia, los adolescente etiquetan la Cannabis como medicinal para argumentar su uso, lo que es una señal de alerta con respecto a qué es lo que se está informando en los medios de comunicación, en donde no se hace la distinción de la Cannabis y los cannabinoides. Dichos mensajes son recibidos por el grupo etario analizado y contribuyen a la baja percepción de riesgo de los efectos negativos que produce la sustancia en el organismo, en el funcionamiento psicosocial del sujeto y en los riesgos de incurrir en conductas de abuso.

2.4.2 Creencias y actitudes

Matriz de deconstrucción global
<p style="text-align: center;">Unidad de Registro</p> <p><i>“Es que a mí siempre me dio curiosidad por que veía a mis papas fumando po´ marihuana(...) Es que todo en mi familia fuman marihuana, mi tío el ángel, los amigos de mi mamá también fuman (..)Yo creo que sí que si deberían legalizarla porque, encuentro que no hace daño tanto como el alcohol y el cigarro , porque haber por la marihuana te podi o sea ,el cigarro te podi morir por cáncer de pulmón de garganta por varias cosas , igual que el alcohol podriai eh nose como que no se la cabeza o se te apaga la tele no se y empezai hacer cosa que no deberías hacer, como agarrarte a pelear eh ... haber aaah y con el alcohol podi probar otras drogas también po, y como estay todo cerrado no sabi que pensar y ahi como que probai así como otras drogas más fuerte, en caso la marihuana no te hace nada po´ , o sea te deja como más apago noma po´”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“No, no me gustaría, porque pienso en el futuro para mis sobrinos po´ , que ejemplo van a darle cuando estén fumando en la calle que va a pensar él también puede hacer lo mismo y no quiero que se repita la historia que tuve yo , no quiero que caiga en los mismo pasos”</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Yo creo que la sociedad en general no está preparada porque pa´ mi esto lo están viendo como un chiste, aunque suene feo no sé, lo están viendo como un chiste porque no saben las consecuencias que más adelante le pueden contraer a sus propios hijos, sus parientes o al tipo de persona que sea”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“O sea es que aquí hemos tenido por ejemplo padres que consumen o adultos responsables que consumen, ya eso es un factor de riesgo principal para el tratamiento porque no tenemos una base, o sea ya partimos sin una base”.</i></p> <p>(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“La familia tampoco lo tiene como presente de hecho cuando tú se lo deci es como ah esto no lo sabía, pero tampoco genera el impacto que tú quieres que genere en la familia, como de problematizar el consumo(...) Porque si hoy día la postura es más abierta a la marihuana, si se despenaliza yo creo que va a ser más po´ cachai, entonces la marihuana por sí sola no genera mucha alerta en la familia, pa nah”.</i></p> <p>(Trabajador Social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>

La percepción de riesgo del consumo de cannabis se asocia a la actitud que tienen los adolescentes frente a la sustancia que viene determinada por cada una de las creencias y la evaluación positiva/negativa realizada hacia cada una de estas creencias. En el relato de los adolescentes, la evaluación del riesgo del cannabis se encuentra de forma antagónica.

En primer lugar, se identifican *creencias favorables hacia el uso de la sustancia* que viene determinada en gran medida por la *aceptación del consumo por parte de los grupos de referencia del adolescente*, que en este caso corresponden a la familia, lo cual representa un elemento importante a analizar en la adquisición y el mantenimiento de la conducta de consumo del Cannabis. Desde la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1984), se concede gran importancia a los procesos vicarios en el funcionamiento psicológico, el grupo de referencia actúa de forma directa como estímulo de pensamiento, actitudes o conductas similares sobre el adolescente que observa la actuación del modelo y, por otra parte, actúa de forma indirecta, a través de la transmisión de actitudes y valores permisivos con respecto al consumo. Lo anterior da cuenta de un factor de riesgo a nivel familiar, que dificulta el proceso de tratamiento de los adolescentes entrevistados, ya que se logra determinar que la naturalización del consumo de cannabis no genera alerta en la familia e influye en la baja percepción de riesgo que presentan los adolescentes con respecto a la sustancia. Se constata una *escasa conciencia del daño ocasionado por la cannabis*, en donde los efectos negativos son minimizados por el sujeto y las drogas lícitas representan un mayor riesgo para la salud. Cabe señalar que la juventud se considera un periodo evolutivo donde se percibe el riesgo de una forma diferente y por tanto conductas como el consumo de sustancias se perciben como menos perjudiciales que en otros periodos evolutivos (Ballester, Gil, & Girardo, 2000). La baja percepción de riesgo genera un mayor peligro para el uso de drogas, ya que por un lado los adolescentes creen que las drogas no son tan peligrosas y se creen capaces de dejarlas en cualquier momento (Bolaños, Falleiros, Carvalho, & Lossi).

Por otra parte, cabe señalar que los adolescentes entrevistados se encuentran en proceso de tratamiento, seguimiento o alta terapéutica por lo que la intervención profesional en algunos casos logra generar un cierto grado de conciencia del daño de las sustancias. *Las actitudes y creencias desfavorables hacia las drogas se encuentran en función de las consecuencias personales que han tenido que sopesar en su experiencia con el consumo perjudicial y/o dependiente de drogas*, así como también con su proceso de tratamiento. Es decir, los adolescentes evalúan el posible costo/beneficio y el valor afectivo que se le da a esas consecuencias, por lo cual el posible escenario de la legalización de la cannabis es visto como amenazante, ya que esta nueva clasificación social podría afectar su contexto más próximo al constituirse en una práctica socialmente aceptada que pone en riesgo a las futuras generaciones de su núcleo familiar.

2.4.3 Experiencia con la sustancia

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Amigos así probando, probando así, un día probamos marihuana, nos fumamos uno así y después como que me quedo gustando, nos juntamos con amigos, compramos eh, pero nunca fue más allá de eso, nunca paso esos límites de andar vendiendo, andar robando para conseguir, nunca así”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Al cigarro me acuerdo que lo probé a los 8 años y la marihuana empecé como a las 9, 10 años por ahí, hasta antes que me metiera hasta acá (...) Tuve consumo de más marihuana y hasta que cuando falleció mi mami me empecé a meter en la pasta que fue como un mes en total, me metí como principiante en esa cuestión”</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Lo de la marihuana que igual siempre me daba curiosidad eso de fumar, ya y entonces eh tuve un pololo que fumaba marihuana y ahí empecé a fumar con él a los 14, y después de eso ya empecé con otras cosas (...) A mí siempre me invitaron me conquistaban con eso, y yo me entregaba y así me daban”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Pura marihuana, pura marihuana, yo partí consumiendo pura marihuana hasta que igual ya pasando los tiempos me invitaban a carretear yo siendo chico”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Hay poco debate en términos de una de las etapas aparte de la infancia, una de las etapas primordiales del ciclo vital de las personas, yo creo que incluirlo en el debate yo creo que sería primordial, también para que los adolescentes sepan que sus recursos cognitivos, emocionales, socioculturales, todavía no están preparados para la experimentación y ojalá ese periodo se atrasara lo más posible”.</i></p> <p>(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“La marihuana es como el primer consumo, es la droga de base, entonces claro al despenalizarla cual sería después la droga y más atrás, nosotros trabajamos en contexto de la adicción, entonces finalmente la marihuana surge como te decía Miguel como el algo, como el escape a, entonces el eje central también está puesto en eso”.</i></p> <p>(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo, Focus Group profesionales, 2016)</p>

Los sujetos entrevistados refieren que la experimentación con drogas ilegales se inicia en la etapa de la *adolescencia temprana* y *adolescencia media*, en donde el consumo estaría motivado por la *curiosidad e influencia del grupo de pares o personas significativas*. Se identifica la *Cannabis* como la *primera sustancia ilícita con la que los adolescentes se vinculan*, lo que permite clasificarla como la *droga puerta de entrada*, la cual produciría cambios neurobiológicos en los sujetos que aumentarían la respuesta del Sistema Nervioso Central a otras sustancias adictivas, lo que se traduce en que el *uso de la cannabis precede y aumenta de alguna manera la probabilidad del uso de otra sustancia ilícita* (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006).

Por otra parte, el consumo de Cannabis genera en el organismo una serie de efectos cuando el principal constituyente psicoactivo de la sustancia llega al cerebro. El tetrahidrocannabinol (THC) activa el sistema de gratificación, estimulando las células cerebrales para que liberen dopamina, la cual genera sensaciones placenteras en el adolescente. Esta sobrestimulación produce euforia, que refuerza fuertemente el consumo y le enseña al sujeto a repetirlo, lo que explica que su consumo abusivo podría generar el síndrome de dependencia. En base a los criterios internacionales del DSM-IV TR, *la dependencia al cannabis genera un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo*. Por lo tanto, la cannabis debe ser entendida como una droga adictiva que afecta las diferentes áreas en las que se desenvuelve el adolescente, su consumo puede provocar la *asunción de conductas de riesgos y representa una escalada a otras sustancias*, se identifica en uno de los discursos que la adolescente incurre en prácticas sexuales para obtener las distintas drogas.

El relato de los profesionales refleja una mirada evolutiva, en donde se manifiesta la importancia de retrasar la experimentación con la droga, ya que la adolescencia es un periodo de desarrollo cognitivo, social y emocional que presenta mayor vulnerabilidad a conductas de consumo abusivas. Además, la despenalización de la Cannabis plantea la interrogante de cuál sería posteriormente la droga ilícita puerta de entrada, considerando los efectos nocivos que genera el consumo de drogas desde la perspectiva de atención de usuarios con consumo perjudicial y/o dependiente.

2.4.4 Percepción de la sustancia

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Yo no sentía que era una adicción yo sentía que era pa’ pasar el rato así eh para reírnos un rato así, pero nada más y no para hacer cosas malas ni nada de eso es más yo en ese tiempo consumía casi puro prensado, lo que vendían los traficantes, pero cuando llegué acá eh empecé a probar la pura natural y hace tiempo ya fumaba pura natural, pura natural, entonces fue un cambio muy, por lo menos para mí muy bueno.”</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Incluso nunca me hizo mal la marihuana, no te voy a reclamar nunca por la marihuana (...) Incluso no veo la marihuana como un daño, lo veo como algo para relajarse, por otra parte, hay personas que también piensan que no les gusta porque no es su gusto obviamente y tienen que respetar eso nomas po’, y por mi pucha si se hace si se legaliza eso yo voy a seguir igual, no porque se vaya a legalizar yo me voy a llegar a consumir eso sería como un angustiado”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>

“Y nos ha pasado, que llegan estas familias donde es normal para ellos consumir y que no les importa por ejemplo marihuana o alcohol y si les importa cocaína, entonces ahí ya vamos, estamos en otra visión ya”.

(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)

“La preocupación no está puesta en esa, está puesta en tema legal si es que se permite o no y el impacto en la salud eso no se ha visto y en general lo que nos compete es la salud mental y por supuesto que es algo que no hay una discusión técnica en cuanto a eso, como se va a manejar, además que si tu veis estudios de SENDA la percepción de riesgo de la marihuana ha bajado considerablemente sobretodo en la población escolar”.

(Trabajador Social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Que la percepción de riesgo está en el piso, o sea la gente percibe que la marihuana es más segura que el cigarro, en esos niveles estamos, una droga que es capaz de dañar cognitivamente y está comprobado su daño cognitivo, hay una larga historia que está comprobado que promueve los brotes psicóticos por países que incluso la tiene legalizada, más otros elementos de ajuste social que los más proclives dice que si existe y que si es dañoso”

(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo y CTA Quilpué, 2016)

“Yo creo que el impacto ya se evidencia, creo que ya se puede pronosticar un poquito más que tiene que ver con esta legitimidad social que hay hoy en día al uso de la marihuana en forma recreativa, creo que ya se da, es un argumento que los chiquillos le entregan a papas cuando los pillan con marihuana, ya que tanto, entonces ya está instalado ese argumento, así que yo creo que el discurso hoy día a nivel político carece hartito de análisis más complejo respecto de solo el cultivo o tener marihuana en la casa o poder fumar, es como culturalmente se incorpora a la vida cotidiana el uso de la marihuana”.

(Trabajadora Social CTA Quilpué, 2016)

Es preciso señalar que en el relato de los adolescentes la percepción del daño de la cannabis es baja. Los sujetos identifican los *beneficios momentáneos* que le produce la sustancia en el organismo (felicidad y relajación) dentro de un contexto de uso vinculado al grupo de pares.

Sin embargo, los efectos psicosociales del consumo de marihuana en forma recreacional es amplia, entendiendo que esta modalidad no permite un control de la forma y cantidad de consumo. Conlleva un riesgo significativo de adicción, especialmente en los adolescentes y en aquellos que la fuman diariamente (Hall & Degenhardt, 2009). En base a los criterios de diagnóstico del DSM-IV TR, los sujetos con dependencia de cannabis presentan un consumo compulsivo y en general no desarrollan dependencia fisiológica, aunque la tolerancia a muchos de los efectos de cannabis ha sido estudiada en consumidores crónicos. También se han observado algunos síntomas de abstinencia, pero sin significación clínica. Los sujetos con dependencia de cannabis consumen abundantes cantidades a lo largo del día durante

meses o años e invierten muchas horas para adquirir y consumir la sustancia, lo que interfiere con frecuencia las actividades sociales, laborales o recreativas. Además pueden persistir en el consumo a pesar de conocer los problemas físicos o psicológicos que ello comporta.

Por otra parte, hay evidencias que muestran que el consumo de cannabis impacta en el desarrollo cerebral normal. Nuestro organismo posee un propio sistema endocannabinoide, de esta forma los endocannabinoides juegan un rol crítico en el desarrollo y maduración cerebral, especialmente durante la niñez y la adolescencia (Maccarrone, Guzmán, Mackie, Doherty, & Harkany, 2014). A diferencia de los endocannabinoides de una duración de acción corta, los exocannabinoides presentes en la marihuana actúan sobre el sistema de endocannabinoides de forma prolongada, resultando en una activación no fisiológica (D'Souza & Ranganathan, 2015). Todo esto lleva al desarrollo de alteraciones en la conectividad neuronal (menor cantidad de fibras) en regiones cerebrales específicas como las prefrontales y subcorticales, lo que explicaría los hallazgos que relacionan el uso frecuente de marihuana desde la adolescencia con una disminución significativa del coeficiente intelectual (Meier, Caspi, Ambler, & Harrington, 2012) o con el peor rendimiento escolar comparado con los que no la fuman (Lynskey & Hall, 2000). En ocasiones, y en sujetos con determinados rasgos de personalidad o con antecedentes familiares de psicosis, el cannabis puede provocar la aparición de episodios psicóticos, con sintomatología similar a la de la esquizofrenia, de breve duración y con remisión completa tras la abstinencia (Núñez Domínguez, 1997). El National Institute On Drug Abuse sostiene que la cannabis al tener componentes similares al tabaco, podría presentar las mismas complicaciones respiratorias y argumenta que los efectos adversos en la salud ocurren porque el THC deteriora el sistema inmune.

Pese a las evidencias objetivas de los efectos del consumo de cannabis entregados por la comunidad científica, la percepción subjetiva que tienen los adolescentes se manifiesta en la baja evaluación del riesgo de la marihuana, posibilitada por un contexto familiar, en donde a diferencia de otras drogas ilícitas, la cannabis no significa un riesgo para la salud. Los estudios nacionales en población adolescente muestran descensos superiores a los 10 puntos porcentuales en relación a la proporción de individuos que declaran riesgo grande en el uso experimental y frecuente de la cannabis (SENDA, 2015).

Desde la perspectiva macrosocial, la *permisividad y aceptación social del consumo* representa un factor a considerar en la baja percepción de riesgo

de los sujetos. La permisividad informal se expresa en actitudes y valores sociales favorables al consumo, lo que ha permitido que el uso de la sustancia se vaya ido incorporando cotidianamente en la vida de los adolescentes. Por otra parte, la permisividad a nivel formal la constituyen normas y restricciones legales del cannabis, las cuales están siendo discutidas en el proyecto de ley que busca despenalizar su consumo en personas mayores de edad, lo que deja un escenario de mayor legitimidad social para su consumo en los adolescentes.

2.5 Consumo de Cannabis

2.5.1 Soporte artificial

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Yo me empecé a vincular eh.. por un tema de mi casa y por amistades. El tema de mi casa va por un tema que en mi casa habían muchos problemas siempre, eh... no problemas económicos, ni eso, sino que siempre habían muchos conflictos en mi casa, siempre... como éramos una casa donde igual habían siempre varias personas, entonces siempre habían encontrones, entonces yo creo que algo que desencadenó que yo me metiera en la droga fue eso porque de repente cuando habían peleas y cosas así yo me iba pa´ la calle, entonces, y como tenía como te digo amigos que consumían, de a poquito me fui metiendo en el mundo del consumo, o sea uno queda vulnerable en esa etapa entonces, eh yo creo que en eso fue mi vinculación con las drogas (...) por ejemplo la típica de que pucha en mi casa están peleando voy a irme a fumar un pito, irme con mis amigos y todo eso entonces”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Que yo más consumía para relajarme que yo fumaba por ejemplo un pito y me ponía a escuchar música y era que me acostaba en el parque, así en el pasto y bacán así súper relajao”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Tiene que ver un poco como emerge el consumo en los distintos relatos de los chiquillos, el consumo en el fondo por horrible que suene pero tiene una función más allá del sentido que los mismos chiquillos le dan, es una función que en el fondo les permite sobrevivir a algunas situación por decirlo de alguna forma, pero así como, alguna carencia de pronto que hay en la historia de vida”.</i></p> <p>(Trabajador social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Es complicado trabajar con el tema de la abstinencia cuando el consumo de marihuana es instrumentalizado por los chicos, ya, por los jóvenes, en el fondo han tocado casos que la salida digamos a otros problemas, tanto familiares eh temas también de abuso, de vulneración de derechos, se alivia a través del consumo de marihuana, en esos casos igual es complejo de trabajar porque nosotros tenemos que tener una mirada de abstinencia en todo momento, en esos casos igual es un poco más lento el tema, también se flexibiliza de alguna manera los tiempos para llegar a la abstinencia, como</i></p>

te digo en esos casos más complejos y que instrumentalizan el caso de marihuana”.

(Terapeuta ocupacional CTA Quilpué, 2016)

Al momento de analizar las motivaciones de los adolescentes para iniciarse en el tema del consumo de drogas, se identifica en la literatura la *curiosidad* y luego la *búsqueda de placer*. Sin embargo, aquellos adolescentes que continúan con el consumo indicarían una tercera gran motivación, la del *soporte artificial*, ya que los sujetos no encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para relajarse, y solo lo hacen mediante un producto químico que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de medios naturales (Maturana A., 2011). Sumado a lo anterior, en contextos familiares en conflicto, el consumo de droga pareciera ser una alternativa de evasión momentánea de los problemas, lo que es facilitado por la influencia del grupo de pares consumidores. Es preciso ahondar en las historias de vida de cada sujeto para entender el significado que le otorgan al consumo de drogas, los adolescentes refieren en el trabajo de campo *situaciones de vulneración de derecho*, tales como violaciones, abuso sexual y violencia intrafamiliar. De esta forma, el consumo es instrumentalizado por el adolescente para compensar los daños físicos, psicológicos y sociales que traen consigo dichas situaciones de vulneración e identifican en las drogas ciertos *beneficios*.

La perspectiva sistémica aporta elementos claves para analizar las dinámicas que se dan en los trastornos por consumo de drogas, en donde el adolescente consumidor es síntoma del sistema familiar. Stefano Cirilo (1999) junto con integrantes del grupo de Milán, postulan la hipótesis del *emergimiento de la “toxicomanía” a partir de la carencia del toxico dependiente en su desarrollo dentro del contexto familiar*, en donde el tratamiento es una instancia para desequilibrar el sistema familiar, reparar dicha carencia en el sujeto y evitar que vuelva a recaer en el consumo de drogas.

2.5.2 Síndrome amotivacional por consumo de cannabis

Matriz de deconstrucción global

Unidad de Registro

“Yo no estaba ni ahí con el colegio, o sea cuando era chico sipo, como hasta los 10 años más o menos que estuve hasta sexto, ahí era el que se sacaba primeros lugares puros 6,9 y 7,0 nomás y después empecé, como me empecé a juntarme con los otros cabros, empecé a tener otras cuestiones, otros vicios y toda esa cuestión, empecé a estar ni ahí con el colegio de repente si iba no hacía clases, pasaba más afuera que adentro, rallaba las

paredes, les pegaba a los profes y después que más encima empecé a traficar, entonces, traficaba en el liceo, traficaba donde vivía y todo”.

(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Es que yo quedé pegada en primero, hice el primero tres veces y de esos tres años estuve en las Mercedes y ahí nunca encontré nada positivo, que yo me tenía malas con todas, las tipas de ahí, me caían mal, yo me tenía mala con todas, incluso mi mamá no me quería cambiar y me tuve que poner a pelear que pegar a una compañera así, para que después me cancelaran la matrícula. Yo hacía bullying a las demás de otros cursos y mis compañeras, con mis amigas po´ y nos tenían mala y nosotros le hacíamos bullying (...) igual me arrepiento de haberlo hecho porque algunas niñas vomitaban, se sentían mal y llegue a ese límite de que ellas se sintieran tan mal, pero eso me di cuenta yo hace poco po´”.

(Adolescente con alta terepeútica CTA Quilpué, 2016)

“En el colegio bien, hubo un tiempo que cuando chica sufrí de bullying también , pero después crecí y ya no (...) o sea antes era como callada y yo dejaba que me pegaran pero ya después crecí y no me deje nadie más”.

(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)

“Yo me portaba mal, era súper rebelde, yo estaba... no me importaba estudiar, no me importaba nada, lo único que me importaba era estar con mis amigos y eso, estar haciendo cualquier otra estupidez”.

(Adolescente con alta terapeútica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

La escuela entendida como un espacio de socialización secundaria ofrece múltiples posibilidades para potenciar el desarrollo de los individuos, constituyéndose en una antesala para insertarse en la sociedad. Sin embargo, se logra percibir en el discurso de los sujetos entrevistados que la experiencia normativa cambia en la transición a la adolescencia, en donde *el consumo de drogas se convierte en un factor de riesgo para el desempeño escolar* que debe ser considerado en la discusión de despenalización de la cannabis en Chile. Desde esta perspectiva, el consumo crónico de cannabis se asocia al *síndrome amotivacional o disminución de la iniciativa personal* (American Psychiatric Association, 2000). Este cuadro es patognomónico del adolescente consumidor y se caracteriza por deterioro en la conducta, pérdida de energía y abulia con importante limitación de las actividades habituales, lo que tiene relación con su incapacidad para proyectarse y organizar de manera eficiente el tiempo en pos de un determinado objetivo. Se suma un estado de pasividad e indiferencia caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades sociales (Quiroga, 2002).

Podemos señalar, que el síndrome amotivacional produce una falta de interés personal que trae como consecuencia indirecta la disminución en el rendimiento académico y una serie de factores de riesgos asociados. Se logra identificar en el relato de los adolescentes el absentismo y pasividad frente a las labores escolares manifestándose un bajo rendimiento académico.

Además de lo anterior, se presentan problemas de integración de normas y adaptación al modelo educativo reflejado en conductas disruptivas y el uso de la violencia física y psicológica, tanto a nivel de grupo de pares (bullying) en calidad de víctima o victimario, así como conductas agresivas con figuras de autoridad, además del fracaso escolar (repetencia) y el abandono temprano de los estudios. Dichos factores de riesgo contribuyen al mantenimiento y refuerzo de las prácticas de consumo de drogas generando riesgos para la salud y amenazas en la seguridad de los adolescentes, con la iniciación de conductas delictivas asociadas al tráfico o micro tráfico al interior del establecimiento educacional. El panorama no es auspicioso, ya que la despenalización de la cannabis en nuestro país pondría en riesgo la vinculación del adolescente con la escuela, ya que el consumo crónico de la sustancia afecta el desarrollo cognitivo del sujeto y determina una falta de orientación hacia el futuro que dificulta la apropiación de las competencias necesarias para construir un proyecto propio.

2.5.3 Salud mental

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Es que yo siempre he sido también muy cerrado, muy cerrado, no me gustaba compartir con las demás personas, acá no me gustaba compartir con mis compañeros, me daba como temor, miedo podríamos decir porque no me atrevía, me ponía a transpirar, mi mamá me iba a dejar no... yo lloraba, no quiero estar acá, cosas así”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Me encontraron depresión y todo y en esos momentos necesito tenerlo a ellos pero de pensar que los tengo a kilómetros de acá que es como costoso así ya sufro de nervios, no puedo subirme al metro a la micro, sin pensar algo que me pueda pasar, con tiritones, con crisis, entre también acá y estoy saliendo mal en el CTA”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Yo creo que lo primero es reconocer que los trastornos por abuso de sustancias es una enfermedad de salud de mental, o sea como incorporarlo al debate porque claramente a nivel de política sanitaria está incorporado (...) incorporar lo que hemos mencionado que el adolescente no es lo mismo que un adulto y que obviamente tienen que haber edades mínimas eh, yo creo lo que si uno pudiese pedir algo es que primero se visibilice porque hoy en día está súper invisibilizado el mundo infantil en el consumo de drogas a nivel de debate, entonces yo creo que eso es lo primero y después reconocer que si hay daño a nivel orgánico y de salud emocional y mental en los chiquillos”.</i></p> <p>(Trabajadora Social CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Hay teorías que dicen que la adolescencia es vista como un cuadro limítrofe entonces de repente tenemos adolescentes que en su emocionalidad son súper cambiantes po´, entonces tenemos adolescentes que un día está súper feliz otro día está súper desanimado otro día está súper irritable y otro día no te quiere ni ver po´ entonces igual eso influye en que su única vía de escape o su recurso más impulsivo que tiene que ver con su impulsividad física y hormonal puede ser llegar</i></p>

a recurrir al consumo como una primera alternativa y quizás la más fácil (...) Como que hemos obviado que aquí la mayoría de los usuarios tienen comorbilidad psiquiátrica con una patología, entonces ya el consumo es un factor de riesgo sumamente complejo e importante con la patología psiquiátrica y es parte de la estabilización de la patología psiquiátrica el cese del consumo, o sea ya ese es un recurso que tiene que haber cese para estar con tratamiento farmacológico, hay una patología psiquiátrica generalmente en descompensación u ocurren crisis de descompensación, entonces también hay temas como complejos para ellos que con o sin la legalización igual tendrían que manejar la patología, tener cese de consumo, lograr abstinencia, como que eso no influiría”.

(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)

“Desde el punto de vista de salud mental nosotros le explicamos que un cerebro dependiente va a ser dependiente indistintamente de la sustancia, en general tiene hartas probabilidades de poder generar alguna otra dependencia más si los, si a eso le sumas factores de recursos personales y factores ambientales que generan todas las condiciones para que el cerebro sea dependiente de hartas sustancias (...) En general te puede dificultar mucho el ingreso de un cerebro son perfiles desafiantes opositoristas, en general eso es súper característico de la adolescencia que en un primer momento empiezan con los padres la figura más cercana y en general esto se va extendiendo a otros adultos que empiezan o pueden ejercer un rol más normativo, en el colegio, en el tratamiento o en alguno de otros procesos en que se van formando y eso por supuesto es difícil de entrar en un adolescente en un perfil desafiante porque no te permite intervenir, eres un adulto más que dice cosas que en general no tienen sentido para él y la idea del tratamiento es la última prioridad de los chicos, en general para eso nosotros al principio cuando los chicos recién son derivados hacemos todo un trabajo motivacional para poder como eh que los chicos sean un poco más permeables”.

(Trabajador Social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Incluso de un tema más político hay como, claro esta visión que aboga por las otras propiedades que tiene la marihuana pero hay pocas voces que salen a resaltar la importancia de o lo trascendental que puede ser el consumo de marihuana en personas que se está terminando de formar su sistema nervioso y desde ahí es como la gran deuda que tiene Chile, no solamente con la salud, sino que puntualmente con la salud mental, Chile es de los países que en el mundo invierte menos en salud mental y ahí todavía se reciente más las cifras cuando tu hablas de salud mental infanto-juvenil, entonces hay como poca conciencia, esta puesta la discusión en un tema político más que como un tema técnico y si bien es una discusión eminentemente política, tiene que ver con una prohibición, una despenalización o una legalización así como de frente, pero ha habido poco discurso de la importancia de visibilizar también esta población como una población que requiere de los cuidados del Estado”.

(Trabajador social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

La Organización Mundial de la Salud nos advierte que muchos de los problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia y al comienzo de la adolescencia, lo cual sitúa a los adolescentes en una etapa de especial vulnerabilidad en cuanto a su salud general y desarrollo. Ahora bien, cabe señalar que existen problemas sanitarios y sociales, que pueden facilitar la aparición de problemáticas de salud mental, dentro de los cuales

identificamos el consumo de drogas, el abandono escolar y las conductas de riesgo.

Además de lo anterior, el cerebro de los adolescentes se encuentra en proceso de maduración, por lo que el consumo de drogas constituye una amenaza para el óptimo desarrollo cerebral, ya que las sustancias atacan el sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina, esta sobrestimulación produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo y le enseñan al usuario a repetirlo. La exposición crónica a las drogas altera los procesos que permiten controlar e inhibir las conductas relacionadas con el consumo de drogas. Al igual que el abuso continuo puede llevar a la tolerancia o la necesidad de dosis más altas para producir un efecto, también puede llevar a la adicción (National Institute on Drug Abuse, 2014). Es en base a lo expuesto, que se desprende que los adolescentes que presentan un problema de consumo deben recibir un tratamiento de rehabilitación en drogas que permita desintoxicar el organismo, abstenerse de la sustancia e internalizar una vida sin consumo de drogas, por lo que en Chile a partir del año 2007, *el consumo perjudicial y la dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años es considerada como garantía de salud* y por ende constituye una problemática de salud mental a nivel país, lo que genera un contexto favorable para el mejoramiento progresivo de la cobertura y calidad de la atención que reciben los adolescentes. Desde esta mirada cabe señalar, que los sujetos que ingresan a los dispositivos de drogas presentan *Comorbilidad psiquiátrica*, lo que se traduce en la presencia de uno o más trastornos de salud mental además del consumo perjudicial y/o dependiente de drogas.

Las historias de consumo de los sujetos entrevistados se expresan en problemáticas de salud mental, se identifica *el retraimiento* y la *dificultad de establecer relaciones interpersonales*, que se pueden orientar potenciando las habilidades sociales y mejorando la autoestima, para que de esta forma el sujeto pueda relacionarse positivamente con el entorno y el tratamiento sea significativo.

También se observa en el trabajo de campo y en los discursos de los adolescentes *la depresión como problemática de salud mental*, la cual es definida operacionalmente como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos (Ministerio de Salud, 2009). Es por lo cual, que la depresión se hace presente en los sujetos con diversos síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de

entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces placenteras, cambios cognitivos y elevada autocrítica (Ministerio de Salud, 2013).

Por otra parte, cabe señalar que las *transformaciones del humor* de los adolescentes tienen cabida en la actividad cerebral que viven durante esta etapa, se produce una explosión de neurotransmisores y neuroreguladores que son sustancias que regulan las emociones, las hormonas y la actividad neuronal, por lo que los desequilibrios y cambios en el estado de ánimo del adolescente tiene sus orígenes en la actividad neuronal y su inmadurez emocional, que se manifiesta dentro del proceso de tratamiento.

Finalmente se identifica dentro de los relatos, el *trastorno negativista desafiante*, según criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR se refiere a un trastorno de conducta que provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica y laboral. Los usuarios que ingresan a los centros de tratamiento y rehabilitación con el trastorno negativista desafiante tienen dificultad en la adhesión al tratamiento y su vinculación con el equipo terapéutico ya que los sujetos presentan un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritantes y hostiles hacia figuras de autoridad.

En base a lo expuesto, la *despenalización de la Cannabis en Chile y su uso recreacional* debe sustentarse en una política pública integral de consumo de drogas que proteja la infancia y adolescencia y genere las condiciones de cuidado a la salud. Se hace relevante destacar la importancia de crear mayores dispositivos de salud mental destinados a la población infanto-juvenil, ya que la despenalización del Cannabis pone en riesgo la salud mental de los adolescentes, al ser una sustancia que genera dependencia. No es casualidad, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la Salud Pública, por lo que los recursos invertidos y las estrategias de intervención deben apuntar a proteger a este grupo etario que merece atención y cuidados por parte del Estado.

2.5.4 Vulneración de derecho Niños, Niñas y Adolescentes

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“También hay que pensar que la población es infanto-juvenil por lo tanto también es una mirada distinta a la de adultos, el consumo que probablemente un adulto pudiese tener de marihuana o de otras sustancias, las consecuencias a nivel orgánico son bien distintas en un adolescente de 13 años, entonces desde ahí el modelo yo creo que se sustenta solo, desde la perspectiva de salud y derechos de la infancia”.</i></p> <p>(Trabajadora Social CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Yo tengo una postura bastante clara con el ser menores de edad, o sea el hecho de ser menores de edad socialmente eh el lineamiento que tiene el servicio de salud a nivel nacional está enfocado en también como en lo que decía Javiera que era proteger los derechos de los adolescentes, en este caso sea marihuana, sea alcohol, sea pasta base, cocaína, inhalantes, que están mucho más a la mano que marihuana y alcohol, no debieran los adolescentes consumir este tipo de sustancias, o sea, que mi visión que la experimentación debiera venir en un periodo mucho más eh como desde los 18 años para arriba”.</i></p> <p>(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Asumir la posibilidad de que el chiquillo tiene la posibilidad de elegir si puede seguir consumiendo como son las otras posturas no lo constituye como un sujeto infantil y no lo constituye como un sujeto de derecho, por lo tanto yo creo que son elementos claves y desde la reducción de daños no reconoce la vulneración de este sujeto adolescente y lo pone en una posición de adulto que no le corresponde”.</i></p> <p>(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo y CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Son chiquillos que vienen tan dañados, son chiquillos que tienen además con las trayectorias de consumo más graves cachai y a eso asociado, también hay una vulneración de derecho importante, de pronto en más incluso de alguna esfera del derecho, y en ese sentido no es posible desde nuestro punto de vista asumir te fijai la terapia te fijai, de pronto incluso algún proceso más reparativo te fijai en la medida que el consumo se sostiene porque en la medida que el consumo se sostiene también es posible sostener esas carencias”.</i></p> <p>(Trabajador social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>

Los efectos del consumo de drogas en la adolescencia difieren de los que se producen en la etapa adulta, se sugiere que la edad de experimentación ocurra después de la mayoría de edad, instancia en donde el cerebro ya ha alcanzado sus procesos madurativos y el sujeto cuenta con mayores recursos para la toma de decisiones. En el caso contrario, cuando el uso de drogas comienza en la adolescencia temprana, media o tardía el sujeto se expone a una serie de riesgos para su salud y en términos de protección de derechos de la infancia y adolescencia estamos hablando de una vulneración de derechos.

La Convención internacional sobre los derechos del niño, niña y adolescente ratificada por Chile en 1990 señala en su artículo N° 33 que *los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a niños/as en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias*. Lo anterior pone de manifiesto la obligación de las instituciones del Estado y de la sociedad civil de asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para el bienestar de los adolescentes. Desde este enfoque, los programas de tratamiento de rehabilitación en drogas pertenecientes a la línea programática del gobierno, determina la abstinencia como lineamiento técnico. De esta forma, a nivel programático y de derechos de la infancia, el consumo en la adolescencia no se sostiene, por los daños que produce en las vidas de los sujetos, los riesgos que trae consigo, las historias de vulneración, siendo el consumo un elemento que viene a mantener la carencia existente. Desde este enfoque, es que el cambio de la legislación de la cannabis en Chile pone en peligro la situación de la infancia en nuestro país y deja un escenario de mayor vulneración.

2.6 Análisis integrado de la Unidad de Análisis N°1

A partir del estudio realizado de las sub-categorías de la Unidad de Análisis N°1 es preciso señalar que el consumo de drogas en la adolescencia constituye un fenómeno que se encuentra fuertemente relacionado con las características evolutivas de esta etapa. Podemos observar en la experiencia vital de los sujetos vinculados al Centro de tratamiento Ambulatorio de Quilpué y Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo los cambios en el desarrollo biológico, cognitivo y psicosocial que se presentan de forma interrelacionada y facilitan un contexto que los hace vulnerables hacia las drogas. Además, se evidencian las características evolutivas que influyen en el tratamiento de abstinencia que reciben los adolescentes por su consumo perjudicial y/o dependiente de drogas.

En primer lugar, el desarrollo sexual en la adolescencia se sustenta en cambios biológicos y se expresa en términos sociales. Cabe recalcar que las prácticas sexuales son aceptadas al interior del grupo de pares ya que otorga reconocimiento social. Además de lo anterior, en este periodo se identifican gustos, intereses y principios que van a determinar en gran medida la identidad del adolescente en un futuro. Sin embargo, la definición de la identidad como una tarea normativa se ve afectada por la percepción que pueden tener de sí

mismos a partir de carencias familiares y de la interacción en contextos de vulnerabilidad social, en donde emerge la conducta de consumo de drogas en los adolescentes y determina una identidad que se relaciona con estas prácticas.

Desde el plano cognitivo y su relación con el consumo de drogas, en la adolescencia surgen perspectivas de futuro negativas que traen consigo la búsqueda de recursos alternativos que prometen felicidad a corto plazo, seguridad y olvido momentáneo de los problemas. Otros elementos que influyen en las conductas de consumo son el egocentrismo y fábula personal, el individualismo y presentismo de la sociedad actual, el sentimiento de invulnerabilidad y la baja tolerancia a la frustración, que al encontrarse en un contexto facilitador de lo hedónico fomenta y mantiene conductas de consumo de drogas.

El contexto familiar por su parte, enfrenta una serie de crisis normativas y no normativas que producen desorganización, debido a los recursos que la familia debe disponer para estabilizar el sistema, brindar apoyo y contención a sus miembros. Las crisis no resueltas, tienen repercusiones importantes en la vida de los adolescentes debido a la naturaleza del acontecimiento, en donde asocian su vinculación con el consumo de drogas con episodios normativos y no normativos del ciclo vital familiar. Por otra parte, la adolescencia se caracteriza por buscar la independencia del seno familiar, el rechazo a la vida del adulto constituye la creciente necesidad de autonomía del sujeto. Se plantea la hipótesis del emergimiento de la toxicomanía del adolescente a partir de la carencia del tóxico dependiente en su desarrollo dentro del contexto familiar.

En relación al grupo de pares, se identifica que va sustituyendo en mayor medida a la familia como modelo de referencia, moldeando actitudes, definiendo gustos e intereses, ya que el adolescente va adoptando normas y hábitos propios del grupo. De esta forma las conductas de consumo de drogas se ven facilitadas y reforzadas por el grupo de pares. Además, los adolescentes inician conductas de riesgo en donde la oportunidad de pérdida es mucho mayor y la asunción de riesgo puede tener consecuencias perjudiciales tanto para el individuo como para su contexto más próximo. Los factores de riesgo que están asociados a adolescentes con consumo de drogas es la inclusión en grupos favorables a la transgresión y con actitudes positivas hacia el consumo. La impulsividad, omnipotencia y búsqueda de sensaciones nuevas traen consigo la asunción de conductas de riesgo que

le otorgan estatus y poder al adolescente, el cual se caracteriza por presentar un rechazo al orden social establecido.

La discusión legal de la despenalización de la cannabis en Chile nos plantea un escenario complejo en relación a los adolescentes que se encuentran en tratamiento por consumo perjudicial y/o dependiente de drogas. Lo anterior, en base a la baja percepción de riesgo que refieren los sujetos analizados. La naturalización del consumo de Cannabis aparece como un elemento importante, es asociada a una sustancia inocua que proviene de la naturaleza y que no produciría daños nocivos para la salud. La poca claridad en la información que entregan los medios de comunicación con respecto a las investigaciones para uso terapéutico facilita la baja percepción de riesgo de la sustancia ya que no se reconocen los efectos negativos que produce en el organismo, en el funcionamiento psicosocial del sujeto y en los riesgos de incurrir en conductas de abuso. Podemos señalar, que existe una escasa conciencia del daño ocasionado por la cannabis, en donde los efectos negativos son minimizados por los sujetos y las drogas lícitas significan para los adolescentes analizados, un mayor riesgo para la salud. Las actitudes y creencias favorables hacia el uso de la sustancia viene determinada en gran medida por la aprobación del consumo por parte de los grupos de referencia del adolescente, la permisividad formal e informal y la aceptación social del consumo.

Ahora bien, el consumo emerge en la adolescencia temprana y adolescencia media, en donde la experimentación estaría motivada por la curiosidad e influencia del grupo de pares o personas significativas. Se identifica la Cannabis como la primera sustancia ilícita con la que los adolescentes se vinculan, lo que permite clasificarla como la droga puerta de entrada. El uso de la cannabis precede y aumenta de alguna manera la probabilidad del uso de otra sustancia ilícita.

Las historias de consumo de cannabis en los adolescentes analizados, constatan el riesgo significativo de adicción, especialmente en esta etapa evolutiva, su consumo abusivo genera dependencia como un patrón desadaptativo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. En ocasiones, y en sujetos con determinados rasgos de personalidad o con antecedentes familiares de psicosis, el cannabis puede provocar la aparición de episodios psicóticos, además de presentarse complicaciones en el aparato respiratorio, deterioro del sistema inmune, entre otros.

De esta forma, el consumo de cannabis se convierte en un factor de riesgo para el desempeño escolar, se asocia la sustancia con el síndrome

amotivacional o disminución de la iniciativa personal que afectaría el rendimiento académico. Por otra parte, se presentan problemas de integración de normas y adaptación al modelo educativo reflejado en conductas disruptivas y el uso de la violencia física y psicológica, tanto a nivel de grupo de pares (bullying) en calidad de víctima o victimario, así como conductas agresivas con figuras de autoridad, además del fracaso escolar (repetencia) y el abandono temprano de los estudios. Lo anterior, provoca una falta de orientación hacia el futuro que dificulta la apropiación de las competencias necesarias para construir un proyecto propio.

El consumo de drogas como un problema socio-sanitario facilita la aparición de problemáticas de salud mental en la adolescencia. Es por lo cual, que el consumo perjudicial y la dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años es considerada como Garantía Explícita de Salud, involucrando una serie de prestaciones en el tratamiento de rehabilitación con adolescentes. Cabe destacar, que los usuarios que ingresan a los centros presentan en algunos casos comorbilidad psiquiátrica, retraimiento y dificultad de establecer relaciones interpersonales, trastornos del ánimo, transformaciones del humor y trastorno negativo desafiante, los cuales influyen en la adherencia y motivación al tratamiento, en las relaciones con otros usuarios, equipo terapéutico y participación de su propio proceso.

Finalmente, es preciso señalar desde la perspectiva de los derechos de la infancia, que el consumo de drogas trae a la base una serie de vulneraciones de derechos en la historia de vida de cada sujeto. Es por lo cual, que la despenalización de la cannabis en Chile pone en peligro la situación de la infancia y adolescencia en nuestro país. La Convención Internacional sobre los derechos del niño, niña y adolescente ratificada por Chile en 1990 en su artículo N° 33 resguarda a los niños contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, por lo que la protección que deben recibir de parte del Estado en relación a la vinculación con drogas se constituye en un derecho. Desde este enfoque, el posible cambio de la legislación de la Cannabis en Chile debe contar con la creación de dispositivos de cuidado de la salud de la población que protejan a los adolescentes de un escenario de mayor vulneración, entendiendo que la calidad legal de la sustancia no elimina los riesgos nocivos que trae consigo para el bienestar biopsicosocial de los sujetos.

3. ABSTINENCIA Y RUTINA DIARIA

La Unidad de Análisis N°2 corresponde a *abstinencia y rutina diaria*, la temática a abordar se desglosará en subcategorías que surgen de los relatos y discursos entregados por parte de los adolescentes y profesionales vinculados a los centros de tratamiento de rehabilitación en drogas, exponiéndose de la siguiente manera:

- ❖ **Motivación al cambio**
- ❖ **Síndrome de abstinencia**
- ❖ **Significados de la abstinencia**
- ❖ **Rutina ocupacional**

3.1 Motivación al cambio

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Cuando lo deje de hacer, es que yo le prometí a mi mamá que no volvería a consumir, haberle prometido eso a mi mamá es que la extrañaba tanto tanto que no podía volver a hacerle, o sea hacerle haber hacerle daño y que no sintiera confianza en mí po’, entonces ya cuando se lo prometí ya no seguí consumiendo más (...) No ese día yo le dije eso a mi mamá fue cuando me había salido positivo el test de marihuana, y yo le vi la cara y le dije salió positivo, le vi la cara y como que se deformó, y como que quería llorar y eso me dio pena, porque mi mamá daba todo por todo todo todo me iba a ver, cuando ni siquiera, trataba de darse el tiempo porque no podía porque estaba trabajando y no la dejaban salir, y hacia todo lo posible para ir a verme (...) Eh... el cambio que quería hacer en mí, como me di cuenta que podía, como pase de curso, me di cuenta que podía más de lo que estaba dando entonces eso po’ me ayudo”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“No, si... los primeros días maravillosos (risas) digo días maravillosos porque obviamente estaba recién, entonces venía conociendo nuevo, me acuerdo que en ese tiempo mis compañeros me recibieron súper bien, nunca tuve ni un problema, mis tíos igual, superiores también igual, súper bien como que prácticamente me cautivaron para que yo entrara aquí eh... me invitaban hartos a jugar a la pelota y hacían igual hartas comidas ricas entonces todo eso, me motivaron hartos los primeros días eh... además que con eso, también nos llevaban al gimnasio, entonces eh... igual los primeros días fueron bien buenos, los primeros meses porque la verdad nos mantenían bien entretenidos o sea, se enfocaban hartos en lo que uno le gustaba hacer, entonces uno estaba con ellos casi todo el día”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Rifo, 2016)</p>
<p><i>“Mis papas, mis sobrinos que hay uno que viene en camino(...) igual se me hizo difícil, tuve hartas veces recaídas pero sigo luchando porque no me sigan pasando y decir que no y ya después tener la mesa y no tocarlo ni pescarlo ni consumirlo”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Yo quería cambiar po’, paso que al final me di cuenta tarde que perdí una mamá, perdí hartas puertas, hartas puertas se me cerraron y todo tuvo el</i></p>

motivo por qué, porque yo andaba en pasos malos, entonces yo quería salir de todo, eso más que nada, porque esto es voluntario me preguntaron hartas veces si estaba seguro de venirme pa´ acá, les dije que estaba 100% seguro porque yo quiero salirme de esto y yo sabía que era difícil, pero no imposible”

(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Después de un tiempo a mí me entró el tema de la motivación, porque como te decía yo en un principio pensaba yo no me la voy a poder o que hago acá pero después de un tiempo como te decía fui conociendo más a mi mamá y mi mamá a mí, porque yo no tenía por qué motivo salir adelante, yo lo único que pensaba, no es que lo voy a hacer por mí, pero a veces no es suficiente, entonces igual es bueno tener un respaldo que te apoye y que te diga dale dale, tu tenís que salir más que nada por mi mamá, porque yo a mi mamá le decía que por favor no me fuera a ver porque quería recuperarme yo como persona primero y de ahí se fueron dando las instancias, las instancias, las instancias, fue más que nada la fuerza de voluntad, porque hay que tener fuerza de voluntad para salir adelante de esto y de muchas otras cosas también pero ahí fui adquiriendo más fuerza de voluntad y pensar en mí y en lo que quiero para mi futuro, pa´ mi familia”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“También como en términos individuales es la motivación, ese es como el recurso principal, que el joven tenga una motivación a dejar el consumo o sea que pueda experimentar ya sea otras actividades o otras situaciones que le produzcan placer y que puedan tener ganancias también afectivas, por eso también se interviene a la familia, bueno en algunos casos y la motivación es el principal recurso (..) Son adolescentes muy muy solos que son muy poco escuchados entonces claro el momento que notan que hay un interés porque es nuestro trabajo mostrar ese interés y de que hay un interés real en en como acoger y poder comprender entender sus problemáticas que no le entienden sus amigos porque en el fondo hay poca confianza de ellos para contar sus cosas y son como bien herméticos y hablan de cosas triviales con los amigos, aquí se da como esa sensación de confianza y yo creo que sentir en un espacio donde tienen confianza yo creo que eso favorece y es porque son muy poco escuchado y están muy solos”.

(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)

“Acá hasta el momento todavía hay apoyo todavía hay familia que ayuda entonces como que todavía no hay nada que gatille como de repente el querer hacer el cambio entonces ahí es lo que cuesta desde la motivación al tratamiento y de demostrar que lo que están consumiendo sea marihuana lo que fuese, es dañino para ellos por el tema de la adicción yo creo que es lo que más dificulta”.

(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)

“Al principio cuando los chiquillos recién son derivados hacemos todo un trabajo motivacional para poder como eh que los cabros sean un poco más permeables(...) Dentro de tu metodología se tiene que pasar el trabajo motivacional para que los cabros para que la cuestión funcione osino no va a pasar nah, además que son súper ambivalentes entonces también eso es otro tema que te juega en contra muchas veces”.

(Trabajador Social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“El vínculo es yo creo lo más importante para poder trabajar con una motivación con ellos y eso tiene que ver con todo lo anterior, que tiene que

ver con las historias de vida de cada uno, yo creo que el vínculo de cierto grado que va esto progresando uno puede obtener muchas cosas con ellos, yo creo que ese es como el eje principal para cualquier actividad, propuesta o intervención”.

(Terapeuta ocupacional CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

La motivación en los seres humanos es un elemento clave para movilizar recursos y emprender acciones, es por lo cual, que en adolescentes con tratamiento por consumo perjudicial y/o dependiente de drogas, la percepción de riesgo de las drogas es baja y por ende, los cambios en las conductas de consumo deben ser vistas como un proceso, en la cual la disposición motivacional del sujeto va a avanzado por diferentes etapas y en donde el éxito de la intervención dependerá en gran medida de *la motivación al cambio* que presente.

Desde la academia, el *Modelo Transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente* resulta relevante en el desarrollo de la intervención motivacional, trabajando desde una perspectiva estadio-específica y no sólo desde consideraciones de un cambio lineal y progresivo hacia el estadio de acción. En los relatos de los adolescentes se logra identificar que transitan en diferentes *Estadios del modelo*, pudiendo pasar de un estadio a otro rápidamente o bien, manteniéndose en una etapa durante un largo periodo. En primer lugar, se manifiesta el tercer estadio del modelo que corresponde a *determinación* en donde el adolescente verbaliza un compromiso de cambio, principalmente hacia personas significativas. Luego la *acción* en donde se ha iniciado el cambio con la adquisición de conductas alejadas del consumo y el *mantenimiento* donde se previenen las recaídas y se aumenta la autoeficacia. Sin embargo, en ocasiones los sujetos en tratamiento ambulatorio tienen *recaídas*, lo cual constituye una etapa del modelo, que se refiere a que el adolescente vuelve a la conducta anterior y se debe generar una reestructuración positiva por parte del equipo terapéutico.

La importancia de entender el modelo como un ciclo, amplía las oportunidades de cambio de la conducta. El *trabajo motivacional* que realice el equipo profesional es un elemento central del proceso, se busca brindar actividades que le generen *recompensas positivas* al adolescente, *aumentar la percepción de riesgo con respecto al consumo de drogas* a través de estrategias socioeducativas sobre el daño que producen las sustancias. La *teoría del apego* también aporta elementos centrales en el trabajo motivacional, los profesionales refieren en sus relatos que el vínculo que se genere con el adolescente es importante para el desarrollo del proceso, por lo

que se busca tener una relación favorable, a lo que denominaremos *alianza terapéutica*. Finalmente, la *red de apoyo social* en algunos casos incita el compromiso de cambio del adolescente y a su vez mantiene la conducta, por los refuerzos emocionales que realiza durante el tratamiento, por lo que el grupo de referencia se convierte en una fuente de motivación.

3.2 Síndrome de abstinencia

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Eh a veces sí, andaba como zombie , a veces andaba pálida , me dolía la cabeza no quería hacer nada, me enojaba, al principio me enojaba mucho, andaba como irritable muy pesa muy pesa”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Si hay algo que tengo que destacar los periodos de abstinencia los primeros tres, cinco meses que es algo súper eh.. cuatico porque yo igual consumía cocaína, marihuana, entonces consumía drogas duras y drogas blandas, entonces igual me generaba diferentes síntomas de abstinencia yo muchas veces reaccionaba con harta rabia, con harta pena y obviamente era súper penca, eran momentos súper complejos, que me acuerdo y me angustio, eran esos momentos de angustia que a uno le bajaba las ganas de consumir y se ponía rabioso y le daba pena y uno lloraba por todo y le daba rabia, todo eso, era súper... era penca”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Desesperante o sea cuando llegue al hogar me rasguñaba el cuello , me mordía las uñas, me tiraba el pelo, lloraba, me rasguñaba las rodillas y así con una desesperación de no poder consumir y de pensar que quería seguir consumiendo y no podía consumir ah fue desesperante , hasta que en el hogar me permitieron fumar cigarro y ahí se me fueron pasando las ansiedades y todo eso”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“No, para mi no... tuve a lo más así como una vez no más yo me acuerdo que soñé con fumar que me dijeron que eso era parte de que lo estaba dejando po´ pero de ahí nada más ni me costó ni me daban ganas ni me dolía la guata ni nada”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Fue complicadísimo, fue complicado, habían veces que las pastillas que me daban pucha yo las molía o las jalaba porque yo lo único que quería era consumir porque mi cuerpo me pedía, me daban ganas de matarme, de no seguir vivo, miles de cosas fomes(...) reacciona de otra manera porque a la vez que tu cuerpo te va pidiendo drogas tu mente se borra, cuando llega el momento de la angustia tu mente se borra y te olvidai de quien eri, de lo que querí hacer, habían personas que tenían que amarrarlas para poder quedarse tranquilo o una vez que me tuvieron que llevar de urgencia porque las pastillas no me hacían nada, me tuvieron que inyectar clorazepan para poder quedarme tranquilo, son temas complicados igual po”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>

Las historias de consumo de drogas en los adolescentes muestran la presencia de un consumo reiterado, prolongado o con dosis muy elevadas, presentándose en algunos casos *policonsumo* lo que trae efectos negativos en el ingreso de los adolescentes a centros de tratamiento, ya que uno de los requisitos fundamentales para la permanencia de los sujetos es el cese de consumo, que se expresa a través de la abstinencia. De esta forma, los sujetos entrevistados relatan un elemento característico del tratamiento que consiste en el *síndrome de abstinencia*, entendido como un conjunto de síntomas que se agrupan de diferentes modos y niveles de gravedad ante la abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia. Se constata que *la experimentación y abuso de diferentes tipos de drogas por parte de los adolescentes, dificulta la identificación de los síntomas, ya que estos varían de acuerdo a la sustancia consumida.*

Podemos señalar algunas situaciones que forman parte del discurso de los adolescentes analizados, en donde la reacción orgánica ante la deprivación de la sustancia puede llegar a generar descompensaciones orgánicas de alta entidad que pueden poner en riesgo la vida del sujeto. A nivel somático se presentan *malestares físicos y prácticas de daño autoinfligido, que afecta la integridad física de los adolescentes.* Además de lo anterior, en el ámbito de la salud mental se observan cambios del estado de humor, irritabilidad, angustia y trastornos psicológicos como ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Estas crisis son compensadas con tratamiento farmacológico, existiendo cuadros que requieren de hospitalización para su tratamiento, por lo que la detección oportuna por parte de la red de apoyo y equipo profesional son elementos claves para nivelar el organismo.

3.3 Significados de la abstinencia

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Es que si si po’, porque haber, además que de que te ayuda harto te ayuda, y que estay mejor contigo mismo, te sentí mejor y no necesitai, en la abstinencia te day cuenta que no necesitas la droga para sentirte bien, podí encontrar otras cosas que te gustan para no seguir consumiendo (...)que no sé cómo decirlo , si fue importante porque sin la abstinencia hubiese seguido consumiendo”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Me sentí mejor, me sentí así porque empecé a ir al gimnasio, empecé a actuar como una persona más madura, empecé a hacer cosas como de un dueño de casa, que yo aquí estoy como un dueño de casa, acá todo se moviliza gracias a mí se supone y por eso, eso es lo que más.. me.. me acomodó aquí, entonces ahí como que no estaba ni ahí con el vicio, en el liceo yo he tenido, me han ofrecido de repente y yo ya sé decir no, entonces no tengo ya problemas con eso”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>

“Si no, para mí es bien gratificante porque es como que yo tengo control sobre mí por así decirlo, yo ya aprendí a decir que no, aprendí a quedarme callado y todo eso, para mí fue, me gusto mucho que yo este como consiente decir no.. no voy a consumir, no ahora no consumo, contarle a las personas que ya no consumo que estuve atrapado consumiendo y todo eso (...) es como el logro máximo que podí tener acá po’, una abstinencia así de largo tiempo, de muchos de varios meses así es bueno, súper bueno”.

(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)

“Porque esto es una enfermedad, lo de nosotros es una enfermedad crónica, que en cualquier momento yo o el seba más adelante, tengamos tanta edad, vamos a recaer o no sé quién sabe”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“A lo mejor al despenalizarla, a lo mejor a uno en estar en tratamiento a uno le genera ciertas dudas de que si es necesariamente dejar la marihuana o no, encuentro que claro, pondría en duda eh... esa abstinencia, yo creo que pone en duda la abstinencia ya que obviamente si la despenalizan, habría, sería mucho más consumo por todos lados sería mucha propaganda, entonces, sería mucho más accesible entonces yo creo que en mi caso y en el caso de los jóvenes en que a lo mejor van a estar en tratamiento sería algo como súper complejo ese tema porque uno empezaría a encontrarlo algo más normal, que grave, que mal el tema de la marihuana”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“En general a los chiquillos le cuesta entender la lógica de la abstinencia, nosotros lo entendemos como el fin más saludable que puede adquirir un sujeto así en su vida, pero en general para ellos también es complejo pensar que no van a consumir drogas nunca más así como en la vida y por supuesto que ellos también están aquí, están sin consumo pero es como algo que les queda dando vuelta (...) uno lo que intenta hacer es que en general es una decisión personal pero chicos con esta característica el consumo de cualquier sustancia es un potencial o son potenciales consumidores dependientes de esas sustancias”.

(Trabajador Social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Yo quiero plantear un poco el tema de la abstinencia, la puesta nuestra es que ellos se abstengan de consumir desde la lógica que ellos tienen una trayectoria de vidas de bastante vulneración y experiencia en este tema de las drogas, entonces están con mucho afuera, con mucho policonsumo, entonces al entrar acá entran en una modalidad hospitalaria entonces la idea es justamente que no siga incorporando más droga al organismo, sino que sea el punto de inflexión al incorporarse este dispositivo de salud mental hospitalaria, no siga incorporando este tóxico”.

(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“La primera tarea que uno se da en estos contextos es resolver el tema del consumo y luego de resuelto sobretodo el tema de la abstinencia el poder abocarse a trabajar esta historia”.

(Trabajador social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Consiste en un tratamiento que tiene por objetivo primordial reducir el patrón de consumo y modificar el patrón de consumo, ya, es decir que la persona en un transcurso de los dos primeros meses logre tener un cese del consumo de su droga principal y a la vez todas las otras drogas que están asociadas, la idea es que sea una abstinencia total, ese es como el eje principal del centro (...) Esta postura viene de un lineamiento otorgado del ministerio de salud a nivel nacional (...) como es netamente perteneciente al servicio y pertenece a la corporación

municipal se basa en los lineamientos nacionales y el lineamiento nacional para menores de 20 años que son 19 años con 11 meses, es la abstinencia”.

(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)

“Yo creo que igual hay un elemento ideológico detrás que es importante y que soporta la intervención que tiene que ver con la abstinencia más allá de como uno va viviendo el proceso desde la visibilidad, desde el sujeto, las particularidades, del tipo de consumo, etc. es como el fin y es hacia donde apuntan todas las estrategias de intervención (...) Se han tenido que flexibilizar eh no la lógica de la abstinencia sino los modelos de intervención, como acceder al conflicto porque claramente la abstinencia va, es el fin de nuestro tratamiento, el tema es como se aborda culturalmente es yo creo donde se han cambiado las estrategias, es como decir ya... puede ser, todos consumen, pero por qué lo haces tú”.

(Trabajadora Social CTA Quilpué, 2016)

El National Institute of Drug señala que el tratamiento para la drogadicción tiene como finalidad ayudar al adicto a dejar la búsqueda y el consumo compulsivo de la droga. El tratamiento puede incluir terapia de la conducta, medicamentos o una combinación de ellos. Los adictos suelen sufrir de otros problemas de salud (incluyendo otros trastornos mentales), ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente.

A nivel de política pública en Chile, el tratamiento de las drogas ilícitas se orienta a alcanzar la *abstinencia indefinida*. El objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas (Ministerio de Salud). En base a lo anterior, el tratamiento de rehabilitación que reciben los adolescentes que participan del estudio, se enfoca a la abstinencia como eje de la intervención y busca que el sujeto se abstenga de ingresar sustancias tóxicas a su organismo, lo cual constituye la primera tarea que debe ser resuelta.

Durante el proceso, la abstinencia va adquiriendo un significado, al ser una decisión voluntaria de los adolescentes. Se identifican en los relatos, una serie de beneficios del cese de consumo, reconociendo que la droga no es necesaria para la satisfacción y el placer, ya que se descubren nuevas áreas ocupacionales y de interés que compensan los efectos que producía la droga en el organismo. Existe una sensación de bienestar, se expresa que la abstinencia ayuda y el individuo se siente mejor, entendiendo la abstinencia como el fin más saludable para sujetos con historias de vulneración y policonsumo. De esta forma se relaciona la abstinencia con la toma de decisiones y el autocontrol, como el máximo beneficio que se puede alcanzar durante el tratamiento y que esta se mantenga en el tiempo.

La problematización del consumo de drogas en los adolescentes, permite que entiendan el consumo como una enfermedad crónica, a la cual siempre se está expuesto. Marlatt (1985,1996) identifica dos elementos, el consumo puntual de una sustancia, entendida como el primer consumo después de un periodo de abstinencia que afectaría el tratamiento y por otra parte, las recaídas que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento. Es por esto, que existen una serie de variables que facilitarían el consumo puntual o las recaídas de una sustancia. Dentro de las variables macrosociales, la despenalización de la cannabis pone en riesgo la mantención de la abstinencia de la marihuana, ya que los posibles cambios en la definición social de la droga dejan la duda razonable en los adolescentes con respecto a la necesidad de abstenerse de esta sustancia durante el tratamiento.

3.4 Rutina ocupacional

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Es que la rutina me ayudó, como se llama el, el terapeuta ocupacional, ellos, igual no lo seguía tanto porque me gustaba hacer otra, es que en el hogar no tenía como des-aburrirme tampoco, porque veía tele, bailaba. (...) ah no me gusto, porque a mí me gustaba salir, porque el cambio fue muy brusco (...) Veía tele noma, tele, tele, tele, pero no me gustaba ver la tele que veía las chiquillas porque siempre veían comedia y a mí no me gustaba eso”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Me levanto cuando no voy al colegio, hago mi pieza, hago el oficio que tengo que hacer y termino (...) en hacer un patio de la cancha, un pedazo de la cancha allá en aseo en eso como que consiste(...) cuando quedo desocupada me distraigo en el teléfono, viendo tele(...) cuando voy al colegio nos levantamos, ordenamos, hago la cama, después llego, almuerzo y me cambio ropa y después quedo toda la tarde desocupa”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Ah, ordeno mis cosas, limpio el patio, le limpio la caca al perro (se ríe) mojo la cuestión, lo hediondo, le saco lo pegao´, hago mi cama, hoy día no la hice porque no alcancé (se ríe) hago mis cosas po´ (...) lo más que hago es mi pieza, veo mis cosas y el baño a veces tengo que verlo yo”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Cambio mucho, yo... al principio te hacen venir un día, así después dos días y hubo un tiempo que venía todos los días de lunes a viernes, venía todos los días (...) venía aquí, incluso después no me junte mucho, ahí me fui alejando de las malas juntas po´, donde venía acá no me juntaba mucho con ellos”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terepeútica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Ya, eh yo me acuerdo que venía martes, yo venía como tres días a la semana, una cosa así, después me dieron toda la semana, o un día no más que no venía. Eh y ahí yo venía un día lunes me aplicaban el test pasaba no me acuerdo con quien hablábamos y todo así, después me quedaba aquí un rato, no me quería</i></p>

ir pa´ mi casa, conversando acá después me iba po´ y después con las rutinas, cuando me hicieron las rutinas yo tenía que hacer tenía que seguir, yo mismo la hice yo me acuerdo, levantarme, hacer mi pieza, hacer tareas, lavar la loza, todo eso po´, no la cumplí, o sea la cumplí un par de días pero después no la pude cumplir”.

(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)

“Ah, es que te sentiai como que como que estabai atrapado entre cuatro paredes porque no podiai hacer nada, nada a veces te daban ganas de salir y te empezai a calentar la cabeza, te empezai a psicosiar deci oh... (...) aquí yo aprendí a hacer las cosas a hacer aseo, esas cosas po´, a tener tu hora de levantada, tu hora de dormida, es bien estructurado en ese sentido”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Obviamente un cambio súper radical de dejar de ir al colegio de dejar de estar en mi casa donde mi crie donde siempre he estado eh y donde empecé a hacer cosas obviamente nuevas aquí tenía hábitos eh todos los días, o sea era... había que levantarse, hacer aseo eh, lavar, cocinar y... y... algo, o sea como uno estaba siempre haciendo hartas cosas todo el día, como te digo uno iba al gimnasio, después iba a jugar a la pelota, después íbamos al cine, después íbamos a comer, entonces si...eh... hacíamos hartas actividades en ese tiempo y que me ayudaron hartito a sobresalir”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Para ir al colegio aquí me levanto, me baño, eh me lavo los dientes, me perfumo todo, a mi igual me gusta andar así como limpio po´, entonces después voy al liceo, en el liceo hasta que salgo estudio, llego eh yo veo porque cuando yo llego aquí vemos en que, en que se gasta la plata, entonces yo más o menos doy ideas, vemos lo que hacemos en el día, por ejemplo vamos a jugar pool y si antes no almorcé y tengo hambre, almuerzo aquí y después vamos a jugar pool, cerramos eh... damos unas vueltas, comimos unos helados, nos venimos, quedamos aquí, vemos tele, las pastillas, me voy a acostar, eso es más o menos o lo que hacemos todos los días, no es todos los días ir a jugar pool, sino que de repente vamos al cine, vamos a viña, vamos a dar una vuelta, o de repente voy donde mi polola, nos juntamos, así que eso es más o menos lo que hago y los fines de semana que no tengo que ir al colegio, me levanto, me baño, me visto, me perfumo, voy al gimnasio, después del gimnasio almuerzo, limpio la casa, porque eso se hace todas las mañanas, se limpia la casa y todo, después en la tarde vemos que podemos hacer más entretenido y después en la noche vemos películas”.

(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Un aspecto positivo que tienen los chiquillos y que beneficia al tratamiento también es que cada joven es un mundo de posibilidades en cuanto a sus habilidades entonces llegan chiquillos acá con bastantes habilidades y el poder reconocer esas habilidades que jamás de repente se han reconocido eh hace también que los chiquillos adhieran al tratamiento desde esa simple lógica de reconocer algo que con lo que ellos llegan, entonces desde ese lado eh, bueno desde mi área en particular que es una de las cosas que tenemos que hacer también eh se beneficia el tratamiento reconociéndola y incentivando también las propias habilidades de los jóvenes que ingresan a tratamiento”.

(Terapeuta ocupacional CTA Quilpué, 2016)

“Principalmente los adolescentes que vienen con historias de calle o demersión escolar, o con actividades con o roles que a la edad, no... lo que debe ser un adolescente, de acuerdo a los roles que puede tener no lo están cumpliendo al

100% por decirlo así(...)son chiquillos son bastante carentes o vulnerados que han tenido hartos fracasos, no sé si fracaso sea la palabra pero si han tenido bastante como desilusiones o vidas tormentosas por decirlo así y que la mayoría ha sido desertado o abandonado del colegio y netamente por las negligencias o por las historias de vida que ha tenido”.

(Psicóloga CTA Quilpué, 2016)

Los adolescentes que ingresan a los centros de tratamiento analizados presentan en su diagnóstico ocupacional un *desequilibrio en las ocupaciones*, manifestando actividades diarias relacionadas con el consumo de sustancias, se busca modificar las pautas de consumo a través de un equilibrio ocupacional. En el tratamiento de rehabilitación con adolescentes la terapia ocupacional apunta a *instalar hábitos en los sujetos* y para esto se debe modificar y adaptar su contexto más cercano, ya que al ser un comportamiento recurrente, se necesitan recursos tanto personales como del entorno para que se logren modificar a hábitos saludables. Por otra parte, cabe señalar que los comportamientos de los adolescentes se ven influenciados por el contexto y la experiencia de vida, los roles no son estáticos y se van adecuando según las expectativas del medio. La experiencia de los sujetos en contextos en donde el consumo de drogas es aceptado socialmente también permite un *cambio en los roles*, asumiendo comportamientos que no son pertinentes, en base a la etapa del ciclo vital en la cual se encuentran.

La estructura de la rutina en los adolescentes permitirá *readecuar e integrar un número óptimo de roles apropiados*, este equilibrio otorga ritmo y organización y contribuye a un desempeño ocupacional exitoso que a su vez aporta a la satisfacción personal, junto con esto uno de los elementos claves del proceso motivacional que despliega el equipo terapéutico es que se busque incentivar, explorar y reconocer las habilidades que poseen los jóvenes para el cumplimiento de ciertas tareas específicas, lo cual según el relato de los profesionales facilita la adhesión de los adolescentes al tratamiento. El trabajo profesional apunta a un cambio de mirada en relación a las habilidades que se manifiestan en un ambiente sin consumo de drogas, permitiendo a los adolescentes reconocer sus *capacidades personales*, que les permita desarrollar un plan de futuro alejadas de conductas de consumo. Es por lo cual que la rutina va a permitir que los adolescentes vivencien actividades diversas que potencien el desarrollo de habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción.

Es importante reconocer la satisfacción con la rutina, en donde se dan experiencias de adolescentes que se han vinculado con el sistema de protección a la infancia y que manifiestan *alienación ocupacional* en sus

relatos ya que no hay satisfacción con sus rutinas a pesar de haber participación en ocupaciones se da una falta de satisfacción personal ya que la ocupación es demasiado estresante, poco significativa y de menor interés para el adolescente, por el contexto y las dinámicas que se generan en los hogares de menores según lo evidenciado en el trabajo de campo.

Sin embargo, los adolescentes con otras experiencias presentan satisfacción con su rutina. Tanto en la modalidad residencial como ambulatoria, la principal área que se trabaja es el *área ocupacional de autocuidado* (A.V.D) a través de talleres, se identifican las actividades básicas relacionadas con la higiene personal, alimentación, presentación personal y hábitos de estilo saludable. Estas actividades permiten lograr la autopercepción del individuo como persona ejecutora y receptora de cuidados, facilitando por ende la identificación del adolescente como sujeto activo y capacitado en los hábitos de salud hacia sí mismo. Además se logra la autonomía y la armonía con el entorno en la ejecución de hábitos saludables y por último, permite integrar en la rutina tiempos en que se dediquen al autocuidado.

Otra área de la ocupación que se intenta desarrollar es el *área productiva* que se refieren a actividades remuneradas o no , que proporcionan un servicio a la comunidad. En este ámbito hablamos de acciones relacionadas con el cuidado del hogar, en donde los adolescentes refieren el aseo del hogar y labores domésticas. Aquellos usuarios que se encuentran en tratamiento ambulatorio y por lo tanto en el medio libre, tienen destinadas ciertas actividades que fueron incorporadas en el plan de rutina en conjunto con el equipo terapéutico y además se preocupan del cuidado de la familia y la atención de los animales domésticos. Los usuarios que están en tratamiento residencial tienen mayor responsabilidad en el cumplimiento de estas actividades, debido a la modalidad que convierte el espacio en su hogar.

Producto de la pérdida ocupacional de los jóvenes previo al ingreso a los respectivos tratamientos, se observa una *desvinculación con el contexto escolar*, por lo que una de las intervenciones apuntan a *retomar esta área y resignificar la experiencia de los adolescentes con la escuela, redefinir el rol de estudiante* como elemento importante del área productiva, la cual se expresa en la rutina de los jóvenes en relación a la preparación para irse a la escuela, la asistencia y la responsabilidades que ello conlleva.

Finalmente se manifiesta el *área ocupacional de tiempo libre y ocio* que consiste en el conjunto de ocupaciones a las que el adolescente se puede dedicar de manera libre y voluntaria cuando ha cumplido las labores

educativas y domésticas. La importancia de esta instancia de esparcimiento es que el adolescente pueda experimentar actividades que no estén vinculadas con las drogas, se explora sobre nuevas actividades de ocio o se recuperan algunas que ya no se ejecutaban. Con lo anterior, se logra aumentar el autoestima y satisfacción personal del sujeto, así como también instaurar hábitos de actividades de tiempo libre y ocio que sean satisfactorios y que permita la interacción social del adolescente en otros contextos protegidos.

El cumplimiento de la rutina va a favorecer en el tratamiento la búsqueda de la identidad del adolescente que se vio afectada por el consumo perjudicial y/o dependiente de drogas generando una relación con espacios pro-sociales que le permitan identificarse positivamente. De esta forma, la despenalización de la Cannabis, pone en riesgo el equilibrio ocupacional de los adolescentes, al legitimar su uso recreacional se espera que los contextos en donde se presente el consumo de la sustancia aumenten, por lo que existirían mayores riesgo de recaídas para los sujetos en tratamiento de rehabilitación, lo que representa una amenaza para la estructura de la rutina, los roles y hábitos desarrollados durante el proceso de desintoxicación del organismo.

3.5 Análisis integrado de la Unidad de Análisis N°2

Uno de los elementos significativos del proceso de tratamiento de rehabilitación en drogas lo constituye la motivación al cambio. Desde esta perspectiva, los cambios en la conducta de consumo deben ser vistas como un proceso. Se identifican los aportes del Modelo Transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, en donde los adolescentes transitan en diferentes estadios, la importancia se centra en entender el modelo como un ciclo. Las recaídas constituyen una de las posibilidades, el adolescente vuelve a la conducta anterior y se debe generar una reestructuración positiva por parte del equipo terapéutico. En otros casos, el adolescente mantiene la conducta de no consumo y el trabajo motivacional apunta a realizar actividades que le generen recompensas positivas al sujeto y aumentar la percepción de riesgo con respecto al consumo de drogas. La teoría del apego aporta elementos favorables para el establecimiento del vínculo usuario-profesional, lo que denominaremos alianza terapéutica. Por otra parte, la red de apoyo social incita el compromiso de cambio del adolescente y a su vez mantiene la conducta, por los refuerzos emocionales que realiza durante el tratamiento.

El cese de consumo en los adolescentes trae consigo el síndrome de abstinencia, los usuarios analizados reconocen los efectos de la privación de la sustancia, en donde se presentan un conjunto de síntomas somáticos,

cambios en el estado de humor y trastornos psicológicos. Estas crisis representan un riesgo para la salud de los propios sujetos, por lo que se presentan casos que requieren tratamiento farmacológico u hospitalización para equilibrar el organismo.

A nivel de política pública el tratamiento de rehabilitación en drogas apunta a la abstinencia indefinida. De esta forma, el objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas. Se identifican en los relatos, una serie de beneficios del cese de consumo, ya que los adolescentes reconocen que la droga no es necesaria para la satisfacción y el placer, se descubren nuevas áreas ocupacionales y de interés que compensan los efectos que producía la sustancia en el organismo. Existe una sensación de bienestar, se expresa que la abstinencia ayuda y el individuo se siente mejor. Desde la mirada profesional se reconoce que la abstinencia constituye el fin más saludable para sujetos con historias de vulneración y policonsumo. Sin embargo, la despenalización de la cannabis pone en riesgo la mantención de la abstinencia, ya que los posibles cambios en la definición social de la droga, dejan la duda razonable en los adolescentes con respecto a la necesidad de abstenerse de esta sustancia durante el tratamiento de rehabilitación en drogas.

Por otra parte, los adolescentes que ingresan a los centros de tratamiento de rehabilitación presentan en su diagnóstico ocupacional un desequilibrio en las ocupaciones. Se hace necesario instalar hábitos en los sujetos, readecuar e integrar un número óptimo de roles apropiados, potenciar capacidades personales y habilidades. Lo anterior, se realiza a través de las distintas áreas ocupacionales, entre las que se encuentran el área ocupacional de autocuidado, el área productiva, en donde se busca resignificar la experiencia de los adolescentes con la escuela y redefinir su rol de estudiante. Finalmente se encuentra el área ocupacional de tiempo libre y ocio, se generan actividades y se vincula al adolescente con contextos protegidos libres de espacios de consumo de drogas. Ahora bien, la despenalización de la Cannabis, pone en riesgo el equilibrio ocupacional de los adolescentes, al legitimar su uso recreacional se espera que aumenten los contextos en donde se presente el consumo de la sustancia, por lo que existirían mayores riesgos de recaídas para los sujetos en tratamiento de rehabilitación, lo que representa una amenaza para la estructura de la rutina, los roles y hábitos desarrollados durante el proceso de desintoxicación del organismo.

4. RED DE APOYO SOCIAL

La Unidad de Análisis N°3 corresponde a *red de apoyo social*, la temática a abordar se desglosará en subcategorías que surgen de los relatos y discursos entregados por parte de los adolescentes y profesionales vinculados a los centros de tratamiento de rehabilitación en drogas, exponiéndose de la siguiente manera:

- ❖ Red de apoyo familiar
- ❖ Red de apoyo de grupo de pares
- ❖ Red de apoyo institucional

4.1 Red de apoyo familiar

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Mi mamá y mi hermana...son los ojos míos que es como mi mamá, ellas fueron las únicas dos personas que igual se aguantaron bastante mierda por decirlo para poder superar... porque a pesar de la relación que teníamos en la casa igual se echa de menos, el no ver a tu hijo todos los días, el no ver a tu hermana todos los días o a tu mamá todos los días, pero esas son las cosas que te van dando fuerza en pensar en ella y darle la tranquilidad suficiente de que yo estoy bien y que yo estoy haciendo esto por mí pero por ustedes también para que todos volvamos a estar juntos más adelante... el estar con mi mama, apoyarme, es porque aprendí a estar con ella desde antes, porque si yo hubiese seguido así como estaba, quizás donde estaría sinceramente, o hubiese estado preso o estaría muerto, pero son las cosas que te van forzando a recuperar a tu familia, a recuperar a tu mama y a recuperarte a ti mismo”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Pa´ mi un pilar fundamental fue mi familia, mi familia, aquí las visitas eran los lunes y viernes de una cierta hora hasta cierta hora y mi familia nunca se perdió una visita siempre venían a verme, eh... entonces eso igual me generaba harta motivación porque estaban interesados y sentía que tenía el apoyo(...) en mi familia serían las cosas igual ya que mis abuelos nunca han consumido, mi mamá dejó el consumo ya varios años y eso o sea... eh... ellos, en mi casa no se hablan estos temas de la despenalización y todo y no encuentro que haya algún cambio”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Mi mamá iba cuando la psicóloga no quería o no podía seguir yendo conmigo a las sesiones del CTA , y mi mamá dejó el trabajo en el que estaba y empezó a trabajar en uno donde tenía más horarios libres, iba conmigo para allá, me ayudaba igual, porque o sea siempre me apoyo”.</i></p> <p>(Adolescente en seguimiento CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“Porque... en el sentido de que siempre me preguntan cómo estoy, me falta algo, en el sentido que me dicen estai bien, no te hay sentido mal, incluso me tiran buenos consejos, me dicen que están orgullosos de como he cambiado y hasta donde he llegado, que yo nunca me vi incluso en la media, me vi así como que si voy a llegar con cuea a octavo, entonces yo</i></p>

veo que de repente la gente me ve y me dice mira estai en tercero que bueno así, me enorgullece que tu esti en tercero y toda esa cuestión, entonces me apoyan po´ y pa´ mi eso es bacán(...)a lo mejor ellos se preocuparán, yo sé porque ellos van a creer que a lo mejor porque esta legalizada ellos nome van a poder decirme nada a mí, no me van a decirme no, no fumí marihuana, no porque está legalizada. A lo mejor ellos se van a preocupar en esa parte, pero yo les voy a dar motivos para que no se preocupen”.

(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Mi familia hasta el día de hoy sigue con el miedo, porque a veces yo salgo y llego al otro día y me preguntan que como estay que pasó, que hiciste, que no consumiste yo creo que siempre van a vivir con ese miedo hasta que lleguen al punto de confiar en uno y decir ya (...) No me ha comentado, pero yo la conozco y se como es y yo creo que por lo mismo no me comenta porque piensa que ah... puedo poner complicado al Emilio...o no se po´, pero yo creo que igual vamos a tener que hablarlo un día y sería necesario hacerlo, porque como te digo yo creo que ella igual vive con el miedo de hasta el día de hoy de yo recaer”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Nosotros hemos tenido experiencia por ejemplo con usuarios que no hemos tenido esa red, se nos ha hecho muy muy complicado porque claro como dice el miguel tratamos de buscar finalmente que empiece a caminar solito y que tenga a alguien en caso de... que lo apoye, uno busca la autonomía (...) El trabajo como tu vez es multidisciplinario, pero si tú también lo replicas es sistémico y eso tiene que ver con que el paciente no solo es el paciente sino que hay un entorno que también eso puede que esté enfermo, porque la familia también hay que considerarla como una familia a veces enferma”.

(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo, Focus Group profesionales, 2016)

“Yo en este tiempo me he hecho cargo del trabajo familiar que uno ve que o facilita o perjudica el tratamiento, o sea es bien relevante porque son, están en una etapa que aún depende de otro, entonces es ese otro que tiene que sustentar ciertas cosas (...) ¿cómo se hace el trabajo? eh puede ser semanal o quincenal dependiendo de las características tanto del chiquillo como de la familia y lo que se trabaja principalmente es en anticipar situaciones o posibles que pasen en este proceso en el tratamiento un poco a ir pensando en hacer contención o como desarrollar estrategias de contención ante un proceso de tratamiento de rehabilitación en consumo de drogas”.

(Trabajadora Social CTA Quilpué, 2016)

“Cuando el sujeto es síntoma de pautas de relación de la familia, lo que se apunta es tratar de modificar el contexto familiar de entrada que tiene el chico acá, de manera que cuando el chico salga eso este modificado sino la dinámica lo vuelve nuevamente a ser síntoma”.

(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Nosotros entendemos el tema del consumo en términos de la dinámica que se da...que tiene que ver con una carencia, una carencia que en el fondo generó un contexto y en la dinámica en la que se genera la carencia, también se genera el consumo y por lo tanto, desde ahí no es posible visibilizar un tratamiento sin ese espacio, en términos además de la enorme posibilidad de recursos que te ofrece, no solo el contexto familiar, sino que en el caso por ejemplo de nuestros usuarios también, el contexto escolar, el grupo de pares y la red en general (...) la red de apoyo es fundamental en el fondo

porque tiene que ver con cómo tu obtienes una suerte de réplica en un espacio distinto al residencial”.

(Psicólogo CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

Uno de los criterios de la población objetivo del Centro de tratamiento residencial Clotario Blest Riffo se refiere a adolescentes que en el momento de su ingreso contaban con una red de apoyo ineficaz en su contención y manejo del cuadro de consumo de drogas, por lo que la intervención con la red de apoyo social se centra en educar a enfrentar la problemática del consumo de drogas y entregar estrategias para la contención y acompañamiento del proceso del adolescente. Ahora bien, existen ingresos en que hay inexistencia de red de apoyo, lo cual complejiza el proceso, el adolescente debe ser vinculado a una red de apoyo equivalente, por lo que es necesario indagar en grupos sociales alternativos en los que está inmerso el sujeto y elaborar un plan para la construcción de una red de apoyo positiva. La red de apoyo puede ser constituida por parientes, amigos y en algunas ocasiones por profesionales del equipo terapéutico, red de protección y/o del área educativa, que deben generar un ambiente y condiciones mínimas de afecto, apoyo emocional, material, informativo, además de servir de guía, entregar consejos, consolidar la identidad y autoestima del adolescente.

Por otra parte, el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué atiende a adolescentes que posean una red de apoyo durante el proceso de tratamiento. En ambos contextos institucionales lo que se busca es revertir la situación inicial del sujeto en relación a su red de apoyo, aportando elementos a la familia, grupo de pares e instituciones con las cuales el adolescente se relaciona, que permitan facilitar el tratamiento y aspirar a la mantención de los logros alcanzados una vez que el adolescente se encuentre desvinculado de los dispositivos.

Por tanto, la familia forma parte de la red de apoyo social y es integrada al tratamiento como sistema afectado por la presencia de un trastorno adictivo de uno de sus miembros. Cabe señalar, que en muchas ocasiones las interacciones con la familia generan una dinámica para el uso de sustancias en los sujetos, por lo que es de vital importancia intervenir el sistema familiar. Es por lo cual, que sus comportamientos, actitudes e ideas pueden agravar o perpetuar el problema de consumo o ayudar a resolverlo, por lo *que la familia puede facilitar o perjudicar el abordaje rehabilitador del paciente que se encuentra en tratamiento por trastorno de consumo de drogas.* Además, la familia debe brindar apoyo y protección a los miembros que se encuentran en la adolescencia, como una etapa en donde el sujeto aún depende de otros. Se

desprende por tanto que la familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose desde el inicio del tratamiento y participando en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen.

En base a la experiencia profesional en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué el trabajo con las intervenciones familiares a cargo de la Trabajadora Social se realizan de forma semanal o quincenal y las sesiones tienen por objeto entregar elementos psicoeducativos en relación a la temática del consumo, además de brindar estrategias de contención que orienten al manejo del adolescente durante el proceso del tratamiento.

Desde la perspectiva sistémica en la cual se aborda la intervención de los adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas que forman parte de la investigación, es que se debe analizar el sujeto y su contexto más próximo para determinar los elementos que originaron el consumo de drogas y repararlos durante el tratamiento de intervención familiar e individual. La mirada sistémica entrega un enfoque estructural que contempla a la familia como un todo, la cual tiene disposiciones que gobiernan las transacciones de sus miembros, existiendo aspectos del funcionamiento familiar que pueden actuar como factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes, constituyéndose en un clima familiar disfuncional.

La poca claridad en la relación entre padres e hijos, la relación de apego deteriorada, los conflictos familiares crónicos o el consumo de drogas por parte de otros miembros del sistema están altamente asociadas al consumo perjudicial y/o dependiente de drogas en la etapa adolescente, constituyéndose en el *síntoma de la familia*, que puede ser utilizado como un recurso para mantener el sistema familiar o bien el síntoma ser mantenido o reforzado por el sistema. La terapia familiar que se realiza en el Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo, hace alusión a la modificación de la estructura de la familia disfuncional que llega al inicio del tratamiento, poniendo la mirada en la revinculación entre el sujeto y sus significativos. Al incorporarse el adolescente al CTR se produce un triángulo relacional (familia, sujeto y CTR) que obligará al sistema familiar a modificar su estructura, promoviéndose mayor nivel de diferenciación entre sus miembros y siendo el foco el adolescente en tratamiento. Se desprende por tanto, la importancia de involucrar a toda la familia en el tratamiento, para que el consumo perjudicial y/o dependiente del adolescente sea un problema en común y todos los miembros de la familia participen y colaboren de la solución, para que una vez egresado, la familia pueda acogerlo con los cambios realizados en el contexto

familiar, buscando que este sea funcional y que no convierta nuevamente al adolescente en síntoma de las transacciones de la familia.

Complementando lo anterior, es posible señalar que las intervenciones terapéuticas del Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo se orientan a preparar a la familia para recibir al adolescente después de su internación y que asegure una estructura similar a la experiencia del centro residencial, por lo que la familia debe desarrollar actitudes y comportamientos que apoyen los logros alcanzados por el sujeto. Por tanto, desde la mirada profesional, la red de apoyo familiar se convierte en una réplica de los procesos vividos durante el tratamiento. La importancia de centrarse en la red familiar viene dada por las dinámicas de uso del consumo de drogas presentes en los adolescentes y la hipótesis del surgimiento de la *toxicomanía*, a partir de la carencia del tóxico-dependiente en su desarrollo dentro de la familia. Se entiende por carencia como el componente de abandono afectivo experimentado por el sujeto dentro del recorrido relacional familiar y que trae como efecto la vinculación del adolescente con sustancias, como una forma de suplir la carencia presente en ese contexto.

Es por lo cual que se hace necesario involucrar al contexto familiar en el tratamiento por consumo de drogas para reparar la experiencia vital del adolescente. En primera instancia se debe reconstruir en conjunto con el equipo terapéutico la historia familiar (emocional y relacional) e identificar los aspectos y/o eventos carenciales que existieron al interior de la familia, constituyéndose en un potente factor de cambio. Tras lo anterior, se deben generar espacios de cercanía emocional y competencias parentales y familiares durante el proceso de tratamiento, que permitan reconocer y reparar la carencia existente.

A nivel de política pública, la prioridad programática del Ministerio de Salud en relación al abuso y dependencia de alcohol y drogas plantea la participación de la familia como un antecedente que optimiza la efectividad del tratamiento. La experiencia institucional de los casos analizados, demuestra que los tratamientos más eficaces son aquellos en que se produce una participación positiva de la familia. Dentro de los relatos de los adolescentes que se encuentran con alta terapeuta, se logra evidenciar el apoyo de tipo emocional, material e informacional que el adolescente percibe o recibe por parte de la familia, en donde es vista como una fuente de motivación. Se manifiestan las consecuencias de la modalidad residencial, expresada en la distancia física del sujeto de su entorno habitual y el proceso de adaptación a esta nueva estructura de vida, que trae consigo un cambio de las relaciones

transaccionales con la familia. Por tanto, la familia otorga contención y apoyo para la continuación del tratamiento.

El apoyo de la familia recibido por el adolescente durante las fases del tratamiento contribuye al logro de los objetivos propuestos en el plan de intervención individual y a la vez ayuda al mantenimiento de los resultados alcanzados una vez egresado.

Uno de los elementos significativos en la modalidad residencial tiene que ver con que el beneficiario tiene derecho a recibir visitas de los adultos responsables, lo cual corresponde a un elemento significativo para el adolescente que le entrega motivación y apoyo, ya que constituye una instancia en que el sujeto en tratamiento entra en interacción con su familia en un espacio protegido.

Según los planteamientos del Ministerio de Salud, las actividades con la familia se deben orientar a mejorar la comprensión del abuso y dependencia y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas. Para el logro de lo anterior, las prestaciones otorgadas por el dispositivo residencial y ambulatorio incluyen atención psicológica y psiquiátrica, consultas de salud mental, intervención psicosocial y consejería para padres, visitas domiciliarias, terapia familiar, entre otras. Dichas instancias profesionales permiten vincular a la familia o persona significativa de la red de protección con el proceso de tratamiento del adolescente, por lo que la participación de esta red en las sesiones o instancias convocadas por el equipo multidisciplinario constituyen un reflejo del acompañamiento y apoyo del proceso del adolescente.

Finalmente, desde la perspectiva de la despenalización de la cannabis, los adolescentes refieren que los espacios protegidos y libres de consumo van a favorecer el mantenimiento de la conducta de abstinencia. Sin embargo, se infiere del relato de los adolescentes la necesidad de convertir la temática en tema de conversación familiar, que despeje las dudas y miedos de la familia en torno a las recaídas, ya que los posibles cambios en la clasificación social de la droga, no cambiarían los efectos nocivos de la sustancia para la salud de los sujetos. Se identifica por tanto un área de intervención del equipo profesional, en donde se deben articular instancias socioeducativas a nivel familiar en torno a la temática.

4.2 Red de apoyo del Grupo de pares

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Tuve bastantes amigos, empecé a conocer gente nueva también que cuando yo viví allá arriba yo la veía y la saludaba pero me empecé a relacionar con ellos a través del futbol y... no bacán, incluso acá los conocen todos, son el Bastián, el peruano y el Kevin, me venían a ver acá, venían a llorar conmigo, me daban un abrazo, hermano te quiero ver bien, cosas”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Algunas amistades que tenía, habían amistades que se preocupaban todo por mí, llamaban para preguntar por mí y venían a verme casi todos los días entonces em... también eso me.. amistades que me apoyaran y obviamente que me llevaran por otros caminos porque yo igual soy una persona súper sociable, y cuando yo estaba en tratamiento eh... empecé a relacionarme con mi grupo de amigos que.. que sanos, o sea mi grupo de amigos que yo me he recreado de una manera sana porque yo tenía igual diferentes amistades como te digo o sea tenía amistades de consumo, tenía amistades para jugar a la pelota, tenía amistades para hacer cosas buenas, cosas así, entonces me empecé a juntar con ellos obviamente eh.. y yo, me empezaron a apoyar hart”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Al evitar consumir ellos, igual la mayoría evitan consumir o cuando yo digo que no, no voy a consumir y otra persona dice pero no po´ fuma, ellos le dicen no po´ si el no fuma, déjalo tranquilo”.</i></p> <p>(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)</p>
<p><i>“De los que he conocido aquí pucha hartos son consumidores, pero... los cabros me apoyan y ellos saben que si ellos van pa´, van a ir a consumir no me van a invitarme, incluso si me ven yéndome pa´ un lado que no tiene que ser me dicen vay pa´ allá y allá están consumiendo mejor que vayai pa´ acá y no se po´ ven con nosotros pa´ que jugui a la pelota y todo eso, entonces es como una cuestión loca porque antes tenía amigos que me decían oye están consumiendo allá, vamos a fumar marihuana y toda la cuestión y ahora no po´, me dicen que hagamos cosas sanas, porque ellos igual po´ me apoyan hart”.</i></p> <p>(Adolescente en tratamiento CTR Clotario Blest Riffo, 2016)</p>
<p><i>“Se trabajó fuertemente con la red de apoyo de grupos de pares, los compañeros de colegio específicamente y esa yo creo que fue una experiencia súper positiva en el centro porque además los compañeros que en algún momento pueden haber sido riesgoso, la dificultad de que los cabros estén en el colegio y que se junten con estos cabros que sean más propensos al consumo, para ellos también fue una alternativa para empezar a pensar, a los compañeros me refiero, que la lógica de un tratamiento o la lógica de mantener la abstinencia también era posible y que era una alternativa viable (...)“Cuando los cabros manifestaban alguna sintomatología de abstinencia o se ponían ansiosos o se descompensaban por alguna razón, estos grupos de pares acudían rápidamente y así contenían, acogían y nos llamaban al centro, llamaban al Rodolfo o avisaban a la directora, que en general funciona como una red bastante bien, de hecho</i></p>

tuvimos experiencia con algunos grupos de amigos que ellos manejaban los S.O.S de los cabros”.

(Trabajador Social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

El grupo de pares adquiere un rol importante en la red de apoyo social durante el tratamiento del adolescente, ya que este representa un contexto que posee una estructura particular y en donde las relaciones del sujeto con el grupo *pueden orientar a la reincidencia en el consumo de drogas o bien, fomentar la abstinencia*. La mirada está puesta en reconocer la naturaleza del grupo de pares y vincular al adolescente con grupos de pares positivos o controlar las conductas del adolescente con los grupos de pares consumidores.

La autonomía del adolescente le permite seleccionar un grupo de pares con conductas prosociales que no se encuentren vinculados al consumo de drogas, identificando intereses en común. En esta caso, las expectativas del tratamiento son mucho más altas, ya que el acompañamiento brindado por los iguales favorecen la continuación de la abstinencia y entregan apoyo de tipo emocional e informacional, que el sujeto reconoce. El tratamiento busca favorecer la toma de decisiones del individuo, es por esto que las decisiones van orientadas a la participación del adolescente en grupos de carácter positivo vinculados al deporte, como lo reflejan los casos analizados. Por otra parte, contar con una red amplia de amigos, desarrollar competencias y habilidades sociales, constituyen factores protectores relevantes para el sujeto. En relación a las acciones del grupo de pares durante el tratamiento se destacan las visitas y atención recibida por parte del adolescente, que constituyen fuente de apoyo y contención.

El grupo de pares con conductas de consumo de drogas representa un factor de riesgo a considerar durante la intervención, entendiendo que al interior del grupo confluyen una serie de normas y valores sociales que determinan las pautas de consumo de sustancias. Los sujetos entrevistados reconocen vincularse con amigos consumidores que en el discurso apoyan su proceso de abstinencia y los protegen, al evitar exponerlos a situaciones de consumo y relacionarse desde otras áreas de interés. Para estos casos, el trabajo interdisciplinario del equipo del CTR y CTA debe apuntar a balancear la presión que ejerce el grupo de pares para evitar posibles recaídas. Desde una mirada crítica podemos hablar de una condición de riesgo del adolescente, elemento que no logra ser internalizado por el sujeto.

Como se mencionó anteriormente, los contextos en que se desenvuelven los adolescentes representan un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Entendiendo lo anterior, es que se debe poner énfasis en la vinculación del grupo de pares en el tratamiento de los adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente. La experiencia institucional en la modalidad residencial permite establecer un contacto directo con el grupo de pares, el cual corresponde a los compañeros de curso, además de participar en las instancias de formación educativa, se incorporan a las rutinas del adolescente en los espacios del CTR. Lo anterior, permite al grupo conocer las dimensiones y efectos del consumo y experimentar una nueva lógica de no consumo en el otro significativo, la abstinencia como una alternativa posible. Sumado a lo anterior, el grupo de pares participa en el tratamiento de manera proactiva, compensando los efectos del síndrome de abstinencia, detectando los síntomas somáticos y trastornos psicológicos que se presentan una vez que el sujeto asume la abstinencia tras un consumo reiterado, prolongado o con dosis elevadas de ciertas sustancias, como es el caso de los adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente. Cuando la sintomatología se presenta en un contexto diferente al CTR, el grupo de pares acude, contiene y acoge a los adolescentes hasta la intervención de un profesional. Este trabajo en red debe ser replicado con grupos de pares consolidados, considerando que en algunos casos el grupo maneja el tratamiento farmacológico de emergencia del adolescente cuando se presentan los síntomas del síndrome de abstinencia.

4.3 Red de apoyo institucional

Matriz de deconstrucción global
Unidad de Registro
<p><i>“Si bien antes los colegios tenían una visión mayormente sancionadora castigadora que penalizaba el tema del consumo, alcohol, drogas, la función para ellos era este es un niño problema...lo expulsamos, ahora esto no se da porque hay también leyes que están incidiendo en los colegios y que lo impiden, entonces de alguna manera aunque sea un poquito la mirada de los establecimientos educacionales, los profesionales, sean profesores, inspectores o directores ha cambiado y entienden que es relevante tener una vinculación y un contacto con nuestro centro, entienden también que hay que manejar los mismos códigos(...) Fortalecer las competencias transversales de los jóvenes y apoyar a los profesores, principalmente profesor jefe en cuanto a la planificación...ahora hay mayor apertura a recibir esta nueva información porque también quieren capacitarse quieren tener los conocimientos sobre esto entonces ya con algunos jóvenes ya se va a empezar a trabajar en este aspecto, por ejemplo ya hubo una reunión en el Liceo A-39 Guillermo Gronemeyer sobre este tema y ellos...entienden que es una necesidad educativa especial que es un joven que requiere apoyo que si no, que si ellos no hacen nada como establecimiento educacional eh no va a tener ninguna otra red, no va a terminar su enseñanza media no va a desplegar sus recursos entonces es un tema ya de hacerse cargo que es</i></p>

una realidad social, una realidad país que no podemos evadir que es imposible de evadirlo”.

(Trabajadora social CTA Quilpué, 2016)

“Ir entendiendo este trastorno como un escenario donde los chicos necesitan adecuaciones curriculares que les permita además vivir la experiencia de la escuela no como una experiencia frustrante, incluso como pensando en la licenciatura, no como una situación excepcional, inalcanzable y ahí como ha sido importante el como la escuela ha ido entendiendo progresivamente que no solo hay que pensar en flexibilizar las evaluaciones, sino que también flexibilizar la asistencia de modo que esa experiencia se la vivan de forma grata y que entiendan también eso como un derecho pero también como una experiencia que en donde en el fondo pueden salir fortalecidos, desde el autoestima”.

(Trabajador social CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“Cuando yo entre al CTR estaba sacando el último periodo de cuarto medio y me empezó a ir muy bien, y como te digo, me empecé a dar cuenta que si podía irme bien en los estudios, obviamente con sacrificio y buenos hábitos de estudio y me acuerdo que... en el liceo al ser, al integrarme a una carrera técnica tuvimos un ramo de prevención de riesgos, entonces me acuerdo que ahí conocí el área de la carrera de prevención de riesgos y que me gusto porque me fue bien, tuve, de hecho tuve las mejores calificaciones de toda la asignatura eh.. y empecé a averiguar, empecé a averiguar, empecé a preguntar cómo era la carrera empecé a averiguar por internet, a googlear y eso po´, hasta que tome la decisión obviamente en conversaciones con mi familia y con mis abuelos, o sea y con el CTR de que quería estudiar y que la carrera que yo quería estudiar era prevención de riesgos po´ (...) Tuve la oportunidad de contactarme con un amigo que está jugando en Everton, en el Club Everton de Viña del Mar, y me contacté con él y le dije que... que quería jugar a la pelota, quería estar en un club profesional y todo eso, entonces él me dijo que fuera pa´ allá a probarme y fui a probarme y afortunadamente quedé entonces igual eh me ayudó mucho a distraerme después de po´, porque a ser un club profesional entrenábamos mucho, jugábamos mucho, ya enserio po´, entonces.. igual me lo tomé bien enserio eso eh”.

(Adolescente con alta terapéutica CTR Clotario Blest Riffo, 2016)

“El profesor de basquetbol del año pasado él fue y hasta el día de hoy una persona 100% que me da su apoyo, eh le tenía la confianza máxima de todas las personas que tengo acá de la zona, él le tengo mucha confianza, le contaba todo de repente cuando tenía recaídas, le contaba, cuando tenía problemas externos en la calle yo le contaba, el me aconsejaba”.

(Adolescente con alta terapéutica CTA Quilpué, 2016)

El abuso de drogas desde la perspectiva social, debe ser vista como un problema que se genera en la sociedad y debe ser esta misma la que proporcione los medios adecuados para su solución. La escuela adquiere un compromiso importante en esta materia por su rol socializador, la cual debe brindar una respuesta al problema de las drogas desde un enfoque educativo. Lo anterior entendiendo que el consumo de drogas en los estudiantes puede dificultar el aprendizaje y deteriorar el pleno desarrollo del adolescente.

En la actualidad, las instituciones educativas se rigen por un marco normativo que resguarda el interés superior y los derechos de los niños, niñas y adolescentes, lo que ha permitido avanzar desde una mirada sancionadora a un enfoque de trabajo en red con planes y programas de tratamiento de consumo de drogas, lo que genera por una parte, la experiencia vinculante de los profesionales y trabajadores del área educativa, que permite la continuación del sujeto en su proceso de enseñanza y la atención profesional de la problemática del consumo de drogas en los centros de la red.

Como se ha señalado anteriormente, el consumo perjudicial y/o dependiente de drogas trae efectos en el adolescente a nivel cognitivo y conductual que se reflejan en el ámbito educativo, manifestándose en algunos casos, problemas de conducta y/o trastornos del aprendizaje, que provocan problemáticas en la comunidad educativa y en el plano individual, frustraciones en el sujeto dadas por su experiencia de vinculación con la escuela. Se hace necesario develar la importancia de la *educación especial* que deben recibir los adolescentes que se encuentren con problemáticas de consumo de drogas, desde el enfoque de una educación no centrada sólo en el sujeto sino que también en el entorno, en las carencias de éste y en las posibilidades y aptitudes de los docentes para satisfacer las necesidades de todos. La educación especial en la Ley General de Educación se manifiesta como una modalidad educativa que desarrolla su acción en los distintos niveles del sistema escolar, por lo que los adolescentes que se encuentren en la educación media pueden ser beneficiarios. Sumado a lo anterior, el decreto supremo n°170 del año 2009 fija las normas para determinar alumnos con Necesidades Especiales Educativas que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial y a su vez la ley 20.201 diferencia los conceptos de Necesidades permanentes y transitorias. A partir de esto, es que se debe reconocer *la drogadicción como una necesidad educativa especial de carácter transitoria*, por lo que el adolescente requiere de ayuda y recursos adicionales para potenciar sus competencias transversales. Se requieren recursos humanos (apoyo de los profesores y otros profesionales), recursos materiales y pedagógicos, que permitan adaptaciones curriculares y conduzcan al adolescente en su proceso de desarrollo y aprendizaje en un determinado período de su trayectoria escolar. El trabajo que ha ido liderando parte del equipo del Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué indica que se están realizando los primeros esfuerzos para potenciar esta modalidad, existe el interés de educar a los agentes claves y por otra parte, los profesionales del área quieren capacitarse en el abordaje de la problemática

del consumo, entendiendo que la escuela debe responsabilizarse de la temática.

Durante el tratamiento de drogas se busca *resignificar la experiencia del adolescente con el contexto escolar desde lo normativo, relacional y cognitivo*. El trabajo en red que realiza el equipo terapéutico y profesionales de las instituciones educativas, apuntan a adaptar el currículo, tomando decisiones respecto al proceso de aprendizaje del adolescente, definiendo metas, forma de enseñanza, flexibilizando la asistencia, disponiendo de criterios y tipos de evaluación según las necesidades de cada sujeto. Lo anterior permite asegurar un aprendizaje que compense las dificultades derivadas de la problemática de consumo del adolescente y que favorezca el conocimiento y la aceptación de sí mismo. Esta revinculación positiva con la escuela le permitirá potenciar su capacidad personal, mejorando su autoestima y autoconcepto.

El desarrollo de hábitos de estudio como un elemento ocupacional del proceso de tratamiento de drogas y el logro de resultados positivos en la experiencia académica, favorecen la seguridad que tienen los adolescentes de si mismos, en donde el modelo de educación especial prioriza aquellos aprendizajes que motiven al estudiante y se adecuen a los intereses y características personales. Por otra parte, también se orientan a que las enseñanzas tengan un mayor nivel de aplicación en la vida social, potenciando el desarrollo de la autonomía, habilidades sociales, instrumentales y control sobre el entorno. Lo anterior, permite que el sujeto cuente con una base formativa para una futura elección profesional e inserción laboral, por lo que una resignificación positiva con la escuela y un adecuado proceso de tratamiento de rehabilitación en drogas permite al sujeto replantearse su futuro, como es uno de los casos exitosos del CTR que se presenta a continuación, en donde se manifiesta el proceso de elección de la carrera profesional para insertarse en la educación técnico superior

El consumo de drogas como un problema de salud presenta trastornos o disfunciones a nivel físico y psíquico, viene acompañado de la pérdida de hábitos saludables. A partir de este enfoque, es que la actividad física y el deporte es vista como un recurso para el tratamiento de rehabilitación en drogas, que permite en primer lugar, generar un espacio saludable y protegido para el adolescente y por otra parte, vincularse con un otro significativo que puede brindar apoyo emocional, material e informacional al sujeto. Los beneficios de la actividad física y el deporte no solo se reducen a la

recuperación del estado físico del sujeto, sino que también a aspectos psicológicos como es la mejora de la autoimagen y la sensación de bienestar. Además, cabe recalcar que disminuye la ansiedad, influye en el estado de ánimo, permite identificar objetivos a medio y a largo plazo y desarrollar espíritu de equipo. La práctica deportiva enseña a controlar la impulsividad y el juego permite sopesar las consecuencias de una acción y la toma de decisiones, por lo que la vinculación con instituciones deportivas se considera como un recurso de las rutinas del adolescente que ayuda a complementar y favorecer el tratamiento.

4.4 Análisis integrado de la Unidad de Análisis N°3

La reinserción social del adolescente con consumo perjudicial y/o dependiente constituye uno de los ejes de la intervención de trabajo social. Cuando el sujeto ya ha adquirido una conducta de abstinencia prolongada en el tiempo, podemos hablar que se encuentra preparado para reintegrarse de forma óptima en sus contextos sociales. Lo anterior, no es posible sin una red de apoyo social que acompañe durante el proceso. La mirada profesional de Trabajo Social se centra en intervenir la red de apoyo social del adolescente para generar las condiciones que permitan una revinculación positiva del sujeto con sus significativos y el entorno social. En caso de inexistencia de red de apoyo, el profesional debe vincular al adolescente a una red de apoyo equivalente, indagando en grupos sociales alternativos en los que está inmerso el sujeto y elaborar un plan para la construcción de una red de apoyo positiva.

La red de apoyo social familiar puede facilitar o perjudicar el abordaje rehabilitador del paciente que se encuentra en tratamiento por trastorno de consumo de drogas. De esta forma, el rol del trabajador social es educar a la familia a través de intervenciones familiares periódicas a enfrentar la problemática del consumo de drogas y entregar estrategias para la contención, acompañamiento del proceso del adolescente, desequilibrar el sistema y reparar las carencias familiares. El Ministerio de Salud señala que las actividades con la familia se deben orientar a mejorar la comprensión del abuso y dependencia y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas.

Por otra parte, el grupo de pares como red de apoyo social constituye un área a desarrollar para el Trabajo Social. Las relaciones del sujeto con el grupo pueden orientar a la reincidencia en el consumo de drogas o bien, fomentar la abstinencia. Entendiendo lo anterior, es que se debe poner énfasis

en la vinculación del adolescente grupos de pares pro-sociales que no presenten conductas de consumo de drogas y entreguen apoyo emocional durante el proceso de rehabilitación.

Finalmente, cabe señalar que se requiere coordinar acciones con la red de apoyo institucional, de esta forma la escuela debe brindar una respuesta al problema de las drogas desde un enfoque educativo. Como se ha señalado, el consumo perjudicial y/o dependiente de drogas trae efectos en el adolescente a nivel cognitivo y conductual, manifestándose en algunos casos, problemas de conducta y/o trastornos del aprendizaje, que provocan problemáticas en la comunidad educativa y en el plano individual, frustraciones en el sujeto dadas por su experiencia negativa con la escuela.

Es por lo cual, que se hace necesario reconocer la drogadicción como una necesidad educativa especial de carácter transitoria y resignificar la experiencia del adolescente con el contexto escolar desde lo normativo, relacional y cognitivo, a partir de adaptaciones curriculares y flexibilidad en la modalidad de enseñanza. Por otra parte, se identifica el deporte en el discurso de los sujetos, como un espacio saludable y protegido para el adolescente. La práctica deportiva enseña a controlar la impulsividad y el juego permite sopesar las consecuencias de una acción y la toma de decisiones, por lo que la vinculación con instituciones deportivas se considera como un recurso en las rutinas del adolescente que ayuda a complementar y favorece el tratamiento.

CAPÍTULO V:

HALLAZGOS, PROPUESTA Y CONCLUSIONES

1. PRESENTACIÓN

El presente capítulo culmina el proceso investigativo, en este se reúnen los principales hallazgos de la investigación cualitativa, que viene a determinar la propuesta de mejora a la Norma y Orientaciones técnicas que rigen los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas para población adolescente. Junto con lo anterior, se exponen las conclusiones derivadas de los análisis respectivos y la mirada profesional de Trabajo Social

A continuación se detalla el capítulo denominado *Hallazgos, propuesta y conclusiones*:

1. Hallazgos de la investigación cualitativa

- Hallazgos en vinculación con las subcategorías de análisis.
- Hallazgos en relación a la Norma y Orientaciones técnicas que rigen los planes de tratamiento y rehabilitación.

2. Propuesta

- Justificación de la propuesta.
- Propuesta de mejora a la Norma y Orientaciones técnicas que rigen los planes de tratamiento y rehabilitación.

3. Conclusiones

- En vinculación con los objetivos de investigación.
- En vinculación con el trabajo social y el consumo de drogas en los adolescentes.

2. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

2.1 Hallazgos en vinculación con las subcategorías de Análisis

A lo largo de la aplicación de las técnicas de recogida de información y su posterior transcripción, la alumna Seminarista evidencia que en los relatos de los entrevistados surgen nuevos elementos que constituyen patrones comunes de los significados y experiencias del consumo de cannabis en los adolescentes, por lo que surge la necesidad de incorporar una nueva subcategoría de análisis a la unidad de Análisis N°1, denominada *percepción de riesgo de la cannabis*, la cual es analizada a través de una serie de elementos que la conforman. Se constata que el concepto de percepción de riesgo de la cannabis es expresada por los adolescentes desde la vertiente subjetiva. Según Pastor (2000) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Se interpreta que el juicio o valor condicionará la conducta de consumo de los adolescentes. Por otra parte, un elemento clave es la experiencia de consumo con la sustancia, en donde la cannabis se constituye en la droga puerta de entrada. Existe por parte de los sujetos una escasa conciencia del daño, ya que no se reconoce su capacidad de generar dependencia, lo que trae consigo una naturalización del consumo, facilitado por los mensajes que entregan los medios de comunicación y la aceptación social que viene dada por la discusión del *proyecto de ley que busca legalizar el cultivo de marihuana para uso personal, medicinal, espiritual y recreacional*.

Sin embargo, la cannabis debe ser considerada como una droga adictiva, su consumo crónico genera el síndrome amotivacional, el cual produce una falta de interés personal que afecta las áreas de desempeño del adolescente y el rendimiento académico. Por otra parte, se vincula con la asunción de conductas de riesgos, tales como prácticas sexuales para obtener la sustancia, tráfico o micro tráfico y detenciones por control policial.

En relación a la unidad de Análisis N°2 se debe señalar que los sujetos identifican la despenalización de la Cannabis como una de las variables macrosociales que pone en riesgo la abstinencia, ya que facilitaría el consumo puntual o las recaídas de la sustancia. Se precisa que los posibles cambios en la definición social de la cannabis dejan la duda razonable en los

adolescentes con respecto a la necesidad de abstenerse de esta sustancia durante el tratamiento.

En relación a la red de apoyo social, la cual constituye a la unidad de Análisis N°3, y específicamente la subcategoría *red de apoyo familiar*, se señala por parte de los sujetos entrevistados, la necesidad de instalar como temática de conversación la despenalización de la Cannabis, que permita a los miembros de la familia verbalizar los miedos en torno a las recaídas y dialogar con respecto a los riesgos/beneficios que representa para la familia y el usuario esta nueva situación. Se genera por tanto un área de intervención para el trabajo social, en donde se deben articular instancias socioeducativas a nivel familiar en torno a la temática que refuercen la identificación de los efectos nocivos de la sustancia en la salud de los sujetos.

Finalmente, la subcategoría *red de apoyo institucional*, representa un espacio positivo para el adolescente. El deporte es de interés para los sujetos, por lo que la vinculación con instituciones deportivas es vista como un factor protector durante el proceso de tratamiento. Dentro de la misma subcategoría, otro elemento que se devela es la mirada de la drogadicción como una necesidad educativa especial de carácter transitoria, por lo que el adolescente requiere de ayuda y recursos adicionales para potenciar sus competencias transversales. Se requieren recursos humanos (apoyo de los profesores y otros profesionales), recursos materiales y pedagógicos, que permitan adaptaciones curriculares y conduzcan al adolescente en su proceso de desarrollo y aprendizaje en un determinado período de su trayectoria escolar. Durante el tratamiento de drogas se busca resignificar la experiencia del adolescente con el contexto escolar desde lo normativo, relacional y cognitivo. El trabajo en red que realiza el equipo terapéutico y profesionales de las instituciones educativas, apuntan a adaptar el currículo, tomando decisiones respecto al proceso de aprendizaje del adolescente, definiendo metas, forma de enseñanza, flexibilizando la asistencia, disponiendo de criterios y tipos de evaluación según las necesidades de cada sujeto. Lo anterior permite asegurar un aprendizaje que compense las dificultades derivadas de la problemática de consumo del adolescente y que favorezca el conocimiento y la aceptación de sí mismo. Esta revinculación positiva con la escuela le permitirá potenciar su capacidad personal, mejorando su autoestima y autoconcepto.

2.2 Hallazgos en relación a la Norma y Orientaciones Técnicas que rigen los Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Tras la revisión documental de los lineamientos técnicos de los programas de rehabilitación en drogas, se pudo indagar con respecto a la Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas (Convenio SENDA-MINSAL, 2012) que rigen las intervenciones. De esta forma, el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué y Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo utilizan la norma vigente para la atención de adolescentes. Sin embargo, el documento está dirigido a la población adulta, lo que devela la necesidad de incorporar la perspectiva evolutiva en la norma, considerando la adolescencia como una etapa compleja que se caracteriza por una serie de cambios en el desarrollo biológico, cognitivo y psicosocial, que deben ser considerados en una intervención profesional. De esta forma se requiere de una serie de orientaciones y principios para los equipos que realicen el tratamiento de rehabilitación, los cuales deben ser transversales en las etapas del plan, que otorguen la perspectiva comprensiva del consumo de drogas en la adolescencia, la importancia de los dispositivos de salud mental, las implicancias de la red de apoyo social en el tratamiento de abstinencia, entendiendo a los adolescentes como sujetos de derechos que presentan una necesidad educativa especial.

3. PROPUESTA

3.1 Justificación de la propuesta

El proceso de investigación cualitativa permitió conocer los significados del tratamiento de abstinencia en adolescentes vinculados a centros de tratamiento de rehabilitación en drogas y su relación con la despenalización de la Cannabis en Chile. Lo anterior, posibilitó el análisis de las características evolutivas de la adolescencia, el significado de la abstinencia y rutina diaria y la red de apoyo social que influyen en las conductas de consumo y en el tratamiento de abstinencia que reciben los adolescentes del Centro de tratamiento ambulatorio de Quilpué y Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest Riffo. Cada una de las Unidades de Análisis fueron analizadas a través de subcategorías, que permitieron reconocer la necesidad de

incorporar la perspectiva evolutiva en la normativa que rige los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas.

La despenalización de la Cannabis se presenta como un escenario complejo en la temática de las drogodependencias si no se acompaña de la creación de dispositivos de cuidado para la salud de la población. En la actualidad, la naturalización del consumo de la Cannabis, la baja percepción de riesgo, la permisividad y aceptación social se interrelacionan con los elementos propios de la adolescencia, que generan un escenario de mayor vulnerabilidad a conductas de consumo abusiva. En base a lo anterior, surge la propuesta de modificación a la Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas Convenio SENDA-MINSAL que incorpora la mirada evolutiva y comprensiva del fenómeno del consumo perjudicial y/o dependiente de drogas en adolescentes que no presentan conflictos con la justicia.

3.2 Propuesta de mejora a la norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación

NORMA Y ORIENTACIONES TÉCNICAS DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL Y/O DEPENDIENTE DE DROGAS

Sujetos de atención:

- Adolescentes entre 10 y 19 años 11 meses 29 días, beneficiarios de las *Garantías Explícitas en Salud*⁷.
- Con compromiso biopsicosocial.
- Consumo perjudicial y/o dependiente de drogas en base a criterios diagnóstico de trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas CIE-10.
- Sin infracción de ley formalizada.

⁷ Garantiza la cobertura del tratamiento de drogas en personas menores de 20 años.

En base al grado de compromiso biopsicosocial y consumo perjudicial y/o dependiente de drogas, el adolescente ingresa al plan de tratamiento y rehabilitación respectivo, como se expone en la siguiente tabla:

PLANES DE TRATAMIENTO PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE	
PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso biopsicosocial moderado - Consumo perjudicial y/o dependiente de drogas de leve a moderado.
PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso biopsicosocial moderado a severo. - Consumo perjudicial y/o dependiente de drogas moderado a severo.
PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso biopsicosocial moderado a severo. - Consumo perjudicial y/o dependiente de drogas moderado a severo.

Fuente: elaboración alumna seminarista en base a la actual Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio SENDA-MINSAL, 2012.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos de la actual *Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas*, corresponden:

- Realizar diagnóstico integral.
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos alternativos o complementarios a la complejidad, cuando corresponda.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

Desde la perspectiva evolutiva, la presente propuesta de mejora sugiere incorporar los siguientes objetivos terapéuticos al plan de rehabilitación y tratamiento en drogas para población adolescente:

- Brindar acogida y contención emocional al usuario y familia.
- Apoyar el desarrollo evolutivo del adolescente.
- Ordenar las ocupaciones de los usuarios.
- Apoyar el proceso de desintoxicación y síndrome de abstinencia.
- Orientar la redefinición de roles e identidad.
- Propiciar la adherencia al tratamiento del usuario.
- Mejorar las relaciones personales, familiares y sociales.
- Vincular a redes de apoyo social.

Centros para su Implementación⁸:

Las instituciones que ejecutan los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas provienen del *sistema público de salud o de establecimientos privados asociados a la red de salud*, los cuales se diferencian según la naturaleza del plan de tratamiento y rehabilitación, como se identifica en la siguiente tabla:

PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD	ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS ASOCIADOS A LA RED DE SALUD
AMBULATORIO BÁSICO	Establecimientos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM).	Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), fundaciones, sociedades de profesionales u otros, debidamente autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente.
AMBULATORIO INTENSIVO	Establecimientos de salud de nivel de especialidad ambulatoria tales como COSAM, CDT y Hospital de Día.	Comunidades Terapéuticas Ambulatorias, debidamente autorizadas por la autoridad sanitaria regional.
RESIDENCIAL	Establecimientos de la red pública. No deberán destinarse a este propósito las unidades de internación psiquiátrica.	Centros de Tratamiento Residencial, Comunidades Terapéuticas u otros autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente.

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

⁸ En base a la actual Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio SENDA-MINSAL, 2012.

Los Centros de Tratamiento y Rehabilitación, tanto ambulatorios como residenciales, deberán contar con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales. Las condiciones de infraestructura, se regirán por las disposiciones del Ministerio de Salud, establecidas en el “Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia Alcohol y Drogas”, Dto. N° 4 de 2009, publicado en el Diario Oficial del 13 de enero de 2010.

Recursos humanos:

Equipo profesional multidisciplinario con experiencia en el área que permita abordar la temática del consumo de drogas desde una mirada integrada, se deberá contar con un coordinador, para lo cual los planes de tratamiento y rehabilitación deben contemplar los siguientes profesionales y técnicos:

- Trabajador(a) Social
- Psicólogo(a)
- Médico especializado en Psiquiatría Infanto-juvenil
- Terapeuta Ocupacional
- Técnicos en rehabilitación
- Operadores terapéuticos
- Monitores de talleres

Los que además deben tener conocimientos técnicos-profesionales en:

- Política de drogas de población infanto-juvenil
- Formación en intervención de drogodependencias
- Enfoque de derechos de niños, niñas y adolescentes
- Salud mental e intervención en crisis.
- Manejo de técnicas de intervención individual, familiar y grupal.
- Trabajo en red y gestión intersectorial.

Habilidades y competencias del equipo terapéutico

- Compromiso con el programa
- Trabajo en Equipo
- Proactividad
- Probidad
- Planeación y Organización
- Trabajo bajo Presión

La cantidad de profesionales debe ser analizada en base a las necesidades de los usuarios y del programa. La asignación horaria debe ser suficiente para

dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan. Un elemento central es la estabilidad laboral del recurso humano, considerando que el desarrollo vincular con los/as adolescentes es de alto impacto en la intervención.

Prestaciones⁹:

Incluye un conjunto de prestaciones que deben ser contempladas durante el plan de tratamiento y rehabilitación, las cuales van a orientar el logro de los objetivos terapéuticos, estas se expresan en diferentes niveles de intervención:

PRESTACIONES		
NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL FAMILIAR	NIVEL GRUPAL
<ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica - Consulta Salud Mental - Consulta Psicológica - Consulta y evaluación psiquiátrica - Psicodiagnóstico - Actividades Psicosociales de Integración Socio-ocupacional - Derivación a unidad de desintoxicación - Estrategias de prevención de recaídas - Psicoterapia - Exámenes de laboratorios (aplicación de Screening de Drogas) - Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta Salud Mental familiar - Intervención Psicosocial Familiar - Consejería para padres - Visita domiciliaria - psicoterapia Familiar - Estrategias de prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención Psicosocial de Grupo para Adolescentes - Actividades Culturales, Recreativas y Deportivas - Psicoterapia de grupo

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

Duración del plan

La duración de los planes de tratamiento y rehabilitación están diferenciados según los niveles de complejidad. Cabe destacar que se debe incorporar como *criterio metodológico la flexibilidad del plan*, que se traduce en atender las características y necesidades de los adolescentes, considerar los avances

⁹ Las prestaciones están definidas en base a una integración de la propuesta de mejora y la actual Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio SENDA-MINSAL, 2012.

significativos y ajustar los plazos según cada caso. Otro elemento positivo para generar adherencia y la participación de los adolescentes especialmente en modalidad ambulatoria, es la flexibilidad en los horarios de atención, adecuándolos a los tiempos disponibles del sujeto y que estos no interfieran con la jornada escolar.

Para efectos metodológicos un grupo de expertos sugiere un tiempo estimado según cada tipo de programa:

DURACIÓN DEL PLAN¹⁰		
AMBULATORIO	AMBULATORIO INTENSIVO	RESIDENCIAL
Duración aproximada de 6 meses, con una frecuencia de asistencia de 2 días por semana, con 2 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día <i>en horario diurno</i> .	Duración aproximada de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 3 a 4 prestaciones por día <i>en horario diurno</i>	Duración aproximada de 12 meses, con permanencia de 7 días con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares).

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

¹⁰ Duración del plan en base a la Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio SENDA-MINSAL, 2012.

ORIENTACIONES Y PRINCIPIOS PARA LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS EN LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Comprensión del fenómeno del consumo de drogas en la adolescencia

La organización mundial de la salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y en la cual *se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud.*

Según lo anterior, la adolescencia es un período de desarrollo y de reorganización biológica, cognitiva, emocional y social en la que el adolescente debe tomar decisiones, adquirir compromisos y buscar su espacio en el mundo. Los cambios en esta etapa requieren que los adolescentes dispongan de oportunidades adecuadas y apoyo a largo plazo. Sin embargo, el proceso de desarrollo del adolescente se puede ver interferido por contextos adversos, en donde los factores de riesgo presentes en su medio físico y social, familiar, educativo y del grupo de pares lo sitúan en una condición de vulnerabilidad social en la cual emergen las conductas de consumo de drogas que implican importantes riesgos para la salud del adolescente. Desde un enfoque comprensivo evolutivo, el fenómeno del consumo de drogas en la adolescencia busca considerar las características que surgen de la condición etaria y el conjunto de factores de riesgos o condiciones ambientales que impulsan el consumo de drogas.

Como periodo de desarrollo vital, el cerebro de los adolescentes se encuentra en proceso de maduración, por lo que el consumo de drogas constituye una amenaza para el óptimo desarrollo cerebral, ya que las sustancias atacan el sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina, esta sobrestimulación produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo y le enseñan al usuario a repetirlo. La exposición crónica a las drogas altera los procesos que permiten controlar e inhibir las conductas relacionadas con el consumo de drogas. Al igual que el abuso continuo puede llevar a la tolerancia o la necesidad de dosis más altas para producir un efecto, también puede llevar a la adicción (National Institute on Drug Abuse, 2014).

Por otra parte, el consumo abusivo de las sustancias viene determinado por una serie de dinámicas de uso de los adolescentes que deben considerarse para el abordaje del consumo perjudicial y/o dependiente de drogas, entre las que se encuentran:

Tipologías de consumo: las historias de consumo de drogas en los adolescentes muestran la presencia de un consumo reiterado, prolongado o con dosis muy elevadas, presentándose en algunos casos policonsumo.

Drogas como soporte artificial: el consumo de drogas en la adolescencia emerge desde diferentes perspectivas de uso, se identifica en la literatura la curiosidad y luego la búsqueda de placer. Sin embargo, aquellos adolescentes que continúan con el consumo indicarían una tercera gran motivación, la del soporte artificial, ya que los sujetos no encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para relajarse, y solo lo hacen mediante un producto químico que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de medios naturales (Maturana A., 2011).

Vulneración de derechos: irrumpen en la historia de vida de los adolescentes algunas situaciones de vulneración de derechos, tales como violaciones, abuso sexual, violencia intrafamiliar, ruptura de lazos familiares, dificultades en la crianza, carencias afectivas y económicas, daños psicosociales, deserción escolar y socialización en un entorno donde la droga es funcional. Estas vulneraciones de derechos afectan distintas áreas de su desarrollo y el consumo es instrumentalizado por el adolescente para compensar los daños físicos, psicológicos y sociales que traen consigo dichas situaciones de vulneración, identificando en las drogas ciertos beneficios momentáneos.

Carencias familiares: se entiende por carencia como el componente de abandono afectivo experimentado por el sujeto dentro del recorrido relacional familiar y que trae como efecto la vinculación del adolescente con sustancias, como una forma de suplir la carencia presente en ese contexto. Se plantea la hipótesis del surgimiento de la toxicomanía del adolescente, a partir de la carencia del tóxico-dependiente en su desarrollo dentro de la familia.

Centros de tratamiento y rehabilitación como dispositivos de salud mental

En base a los criterios diagnósticos de clasificación de Trastornos Mentales CIE-10, se identifica el consumo perjudicial y/o dependiente de drogas como problemática de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la Salud Pública. Es por lo cual, que el consumo perjudicial y la dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años es considerada como garantía de salud lo que genera un contexto favorable para el mejoramiento progresivo de la cobertura y calidad de la atención que reciben los adolescentes.

Para este efecto, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría contempla una Red de Servicios de Salud Mental la cual es reconocida por el Ministerio de Salud. Esta Red de Servicios establece dentro de sus componentes del nivel secundario de resolución (comuna-provincia) las Comunidades Terapéuticas o Centros de Tratamiento de Adicciones, constituyéndose en los ejecutores del plan de tratamiento y rehabilitación en drogas. Desde esta mirada cabe señalar, que los adolescentes se incorporan al dispositivo de salud mental, presentando en algunos casos comorbilidad psiquiátrica, lo que se traduce en la presencia de uno o más trastornos mentales, además del consumo perjudicial y/o dependiente de drogas, el tratamiento para estas patologías psiquiátricas debe ser cubierto por el equipo terapéutico respectivo.

Adolescentes como sujetos de derechos

El enfoque de derechos de la niñez y adolescencia se enmarca en la Convención de los Derechos del Niño en donde se generan las condiciones para que este grupo etario que se encuentra en una situación de mayor inequidad, cuente con acciones específicas que aseguren su pleno desarrollo.

Chile ratifica la CDN en el año 1990, por lo cual debe tomar las medidas necesarias en el aspecto legal, administrativo o de otro tipo a fin de lograr su implementación. De esta forma se transita de la Doctrina de la Situación Irregular o Enfoque de Necesidades a una Doctrina de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia (Contreras, Unicef, 2007). Este nuevo enfoque comprende la noción de la adolescencia como sujetos de derechos, es decir personas con capacidades, posibilidades de comprender su contexto, de ser parte activa de la sociedad, considerándolos como agentes de transformación

social en una relación activa con su entorno. Se incorpora el principio de titularidad de dichos derechos y además, se reconoce la capacidad de tener opinión propia y sus posibilidades de expresarla en consideración de su edad (Instituto Interamericano del Niño, Niña y el Adolescente, 2011).

En base a lo anterior, el consumo de drogas en la adolescencia impide el ejercicio pleno de los derechos y se *constituye en una vulneración de derecho en la historia de vida de cada sujeto, la CDN en su artículo N° 33 señala que los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a niños/as en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias*. Es por lo cual, que los programas de tratamiento de los problemas asociados al consumo de drogas en adolescentes deben tener como principio transversal de la intervención la protección de los derechos de la infancia y adolescencia en base al interés superior del niño, niña y adolescente. Ello debe expresarse en el reconocimiento y respeto de todos los derechos y garantías que les son reconocidos. Las acciones deben estar destinadas a restituir los derechos vulnerados de los adolescentes en sus historias de vida y su vinculación con el consumo de drogas, la resignificación de las experiencias vividas que vulneran sus derechos, contribuirá a superar los daños emocionales, así como también la conducta de abuso de drogas.

El consumo de drogas en la adolescencia como necesidad educativa especial

El abuso de drogas desde la perspectiva social, debe ser vista como un problema que se genera en la sociedad y debe ser esta misma la que proporcione los medios adecuados para su solución. La escuela adquiere un compromiso importante en esta materia por su rol socializador, la cual debe brindar una respuesta al problema de las drogas desde un enfoque educativo. Se hace necesario develar la importancia de la educación especial que deben recibir los adolescentes que se encuentren con problemáticas de consumo de drogas, desde el enfoque de una educación no centrada sólo en el sujeto sino que también en el entorno, en las carencias de éste y en las posibilidades y aptitudes de los docentes para satisfacer las necesidades de todos.

A partir de esto, es que se debe reconocer la drogadicción como una necesidad educativa especial de carácter transitoria, ya que el adolescente requiere de ayuda y recursos adicionales para potenciar sus competencias

transversales. Se requieren recursos humanos (apoyo de los profesores y otros profesionales), recursos materiales y pedagógicos, que permitan adaptaciones curriculares y conduzcan al adolescente en su proceso de desarrollo y aprendizaje en un determinado período de su trayectoria escolar. Durante el tratamiento de drogas se busca resignificar la experiencia del adolescente con el contexto escolar desde lo normativo, relacional y cognitivo.

El trabajo en red que debe realizar el equipo terapéutico con los profesionales de las instituciones educativas, apuntan a adaptar el currículo, tomando decisiones respecto al proceso de aprendizaje del adolescente, definiendo metas, forma de enseñanza, flexibilizando la asistencia, disponiendo de criterios y tipos de evaluación según las necesidades de cada sujeto. Lo anterior permite asegurar un aprendizaje que compense las dificultades derivadas de la problemática de consumo del adolescente y que favorezca el conocimiento y la aceptación de sí mismo. Esta revinculación positiva con la escuela le permitirá potenciar su capacidad personal, mejorando su autoestima y autoconcepto.

Redes de apoyo social en el abordaje del consumo de drogas

La conducta de consumo de drogas en la adolescencia debe ser analizada no solamente por las características individuales del sujeto, sino que en base al contexto relacional en el que ocurre. La familia y el grupo de pares como modelos de referencia influyen en la experimentación, refuerzo y mantención de la conducta de consumo. Sin embargo, durante el tratamiento de rehabilitación el adolescente debe contar con una red que acompañe el proceso. El apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo de emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Gracia, Herrero, y Musitu, 1995). Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Lin y Ensel, 1989; Herrero, 1994; Cava, 1995; Musitu et al., 2001).

En relación a la red de apoyo familiar, sus comportamientos, actitudes e ideas pueden agravar o perpetuar el problema de consumo o ayudar a resolverlo, facilitando o perjudicando el abordaje rehabilitador del paciente que se encuentra en tratamiento por trastorno de consumo de drogas. Además, la

familia debe brindar apoyo y protección al usuario, al ser la adolescencia una etapa en donde el sujeto aún depende de otro.

Por otra parte, el grupo de pares adquiere un rol importante en la red de apoyo social, ya que este representa un contexto que posee una estructura particular y en donde las relaciones del sujeto con el grupo pueden orientar a la reincidencia en el consumo de drogas o bien, fomentar la abstinencia. La mirada está puesta en reconocer la naturaleza del grupo de pares y vincular al adolescente con grupos de pares prosociales.

En base a lo anterior, es que la intervención profesional debe apuntar a revertir la situación inicial del sujeto en relación a su red de apoyo, aportando elementos a la familia, grupo de pares e instituciones con las cuales el adolescente se relaciona, que permitan facilitar el tratamiento y aspirar a la mantención de los logros alcanzados una vez que el adolescente se encuentre desvinculado de los dispositivos.

ETAPAS DEL PLAN

Para efectos metodológicos se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación que permitan el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Basado en el criterio de flexibilidad, cada etapa tiene una duración estimada que va a depender de las características y necesidades del adolescente. La experiencia práctica señala que las etapas del plan no están delimitadas sino que se encuentran interrelacionadas.

Primera etapa

Acogida

Constituye el primer contacto del equipo terapéutico con el potencial usuario y su familia. Se debe establecer un clima de acogida, escucha activa, de no enjuiciamiento, y a la vez clarificar los objetivos del programa. Propiciar un vínculo de ayuda en que la familia y el adolescente, en consideración a su etapa del desarrollo, tengan claridad respecto de lo que el plan de tratamiento y rehabilitación les puede aportar y los aspectos generales del proceso de intervención.

Esta instancia permite reunir antecedentes generales respecto de la problemática del consumo, se debe indagar antecedentes que pueda proporcionar la persona o institución que deriva de la red de salud o de

protección infanto-juvenil, como también los datos que pueda entregar el adolescente y la propia familia. Estos datos deberán registrarse en una ficha de ingreso, que incluya variables que permitan discriminar si el adolescente cumple con el perfil de sujeto de atención.

Tipos de intervención en la fase de acogida según De Robertis (2003)

1. Clarificación: Comprender el origen de la demanda, la solicitud y situación del paciente a través de escucha, observación y conversación.
2. Apoyo: Fortalecer al usuario/a y reducir sus miedos para conseguir una mayor confianza en sí mismo y en el profesional.
3. Información: se debe entregar información necesaria para que el paciente sea el protagonista de su proceso de cambio.
4. Elaboración del proyecto de trabajo: se concretan los objetivos del plan individual.

Contención emocional

El consumo abusivo de drogas trae consigo un desequilibrio en las áreas de funcionamiento del sujeto, la asunción de conductas de riesgo y daños para la salud. La instancia de tratamiento de rehabilitación surge como una alternativa cuando existen graves riesgos en la experiencia vital del adolescente y su entorno. Las alteraciones en el estado de salud mental de los usuarios y familiares requieren de contención emocional, la cual corresponde a un procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras (Ministerio de Salud, 2003).

Diagnóstico integral

El diagnóstico integral se realizará mediante entrevistas individuales, familiares y trabajos grupales, junto con los exámenes de laboratorio e imagenología. El proceso de evaluación diagnóstica integral del adolescente, será de responsabilidad del equipo terapéutico que está aplicando el plan de tratamiento de rehabilitación en drogas. Se debe contar con instrumentos diagnósticos que consideren las diferentes áreas del compromiso biopsicosocial.

La autora Touzé refiere que el uso de drogas se debe analizar desde el punto de vista médico-toxicológico como desde el punto de vista psicológico y sociocultural, por lo cual consideraremos para el diagnóstico integral las siguientes áreas:

1. Área de salud física y mental

Evaluación Salud Física:

- Estado general de salud
- Estado Nutricional
- Salud Bucal
- Salud Sexual y reproductiva

Evaluación Salud Mental:

- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluación Psicológica
- Evaluación de capacidades

2. Área de consumo de drogas

Evaluación del patrón de consumo en base a los criterios diagnósticos de clasificación de Trastornos Mentales CIE-10 que refieren el consumo perjudicial y dependencia de sustancias.

Al tratarse de consumo de drogas en la etapa adolescente se deben considerar las siguientes variables adicionales:

- Edad de inicio del consumo
- Sustancia o droga consumida
- Frecuencia del consumo actual
- Consumo sostenido
- Consumo socializado o no
- Vía de administración
- Consecuencias de la intensidad del consumo
- Motivación al consumo física y psicológica

3. Área psicosocial

Se deben recoger y considerar complementariamente las siguientes variables por el equipo psicosocial:

Relaciones familiares: dinámicas familiares, estilos de comunicación, normas y límites, sub-sistemas, crisis normativas y no normativas del ciclo vital familiar, actitud frente a las drogas, consumo y/o tráfico en familiares.

Relaciones con el entorno y grupo de pares: barrios marginales, consumo de drogas, tráfico o micro tráfico, grado de pertenencia al grupo de pares, identidad grupal, modelo de referencia.

Relaciones con la escuela: experiencia vincular con la escuela desde lo normativo y formal, permanencia en el sistema educativo, repitencia, deserción, bullying, conductas violentas hacia compañeros y/o figuras de autoridad, hábitos de estudio.

Relaciones con la ley: Detenciones, formalizaciones, sin condena o medida.

4. Área ocupacional

Se recopila antecedentes sobre la historia ocupacional del adolescente, es decir aquellas actividades productivas, correspondiente al ámbito educacional o laboral según el caso haya realizado antes de ingresar al plan de tratamiento de rehabilitación en drogas. En el diagnóstico ocupacional se presentan cuáles son las actividades diarias del adolescente y cómo éstas se relacionan con su consumo. Además se sensibiliza al usuario en torno a la rutina que se realiza en el centro: se pasa a detallar acerca de los horarios y los días en que se llevan a cabo de los distintos talleres en los cuales puede participar, según sus intereses y además de los cuales es importante de que participe de acuerdo a los déficit que presente. Esta instancia es de carácter valorativo, puesto que se enfoca a las potencialidades que pueda tener el adolescente, sus intereses y motivaciones de participar en la rutina (SERPAJ)

Abordaje del proceso de Desintoxicación

La desintoxicación clínica es la etapa inicial e intensiva del tratamiento. Los adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente requieren un proceso de privación (desintoxicación) con supervisión médica. El objetivo principal de los planes de tratamiento y rehabilitación es lograr la abstinencia.

Los dispositivos de desintoxicación en régimen ambulatorio son indicados cuando se considera que las personas con trastornos inducidos por sustancias pueden abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad. Sin embargo, aquellos adolescentes que no podrán abstenerse de las drogas si permanecen en la comunidad, necesitarán un entorno supervisado y protegido en modalidad residencial.

Profundización de la motivación al cambio

Como se ha mencionado, en el proceso de acogida el objetivo es motivar al usuario hacia el cambio y para ello, es necesario conocer en qué estadio se encuentra la persona. Prochaska y DiClemente (1982, 1983, 1985), según se cita en Becoña y Cortés (2008) defienden que existen diferentes niveles de predisposición hacia el cambio que pueden manifestar las personas cuando quieren modificar una conducta adictiva:

Precontemplación: la persona no tiene interés en abandonar el consumo y ni siquiera se lo plantea, puesto que desconoce o ignora las consecuencias derivadas de su conducta.

Contemplación: la persona toma conciencia de que tiene un problema y se propone dejarlo en los próximos meses.

Determinación: el drogodependiente hace algunos cambios en su conducta adictiva y se propone que en un mes hará un esfuerzo mayor por dejar el consumo.

Acción: la persona realiza cambios notables en su conducta adictiva que duran entre uno y seis meses y donde hay un elevado riesgo de recaída.

Mantenimiento: el objetivo es mantener los cambios que se han conseguido en la conducta adictiva y para ello, se manejan estrategias para evitar posibles recaídas (Becoña y Cortés, 2008).

Evaluación del estado de inserción social

Junto con lo anterior, se debe realizar la primera aproximación del estado de inserción social que presente el adolescente. Desde el enfoque interaccionista se conceptualiza el proceso como una función que articula variables individuales, factores ambientales y sociales, que organizados de manera específica, permiten un desarrollo psicosocial particular. Cabe señalar que la adolescencia como periodo de transición evolutiva se ve influenciada por el entorno y los cambios en el ámbito educativo, al interior del grupo de pares y la independencia del grupo familiar, los cuales determinan en gran parte la conducta y el desarrollo individual de los sujetos. Por tanto, es importante considerar el estado de inserción en los diversos contextos en que se desenvuelve el adolescente para establecer dentro de los objetivos del plan individual estrategias de reinserción social.

Segunda etapa

Adaptación a la rutina

El adolescente en esta etapa experimenta nuevas actividades que le permiten conocer formas de ocupación alternativas a aquellas usualmente incorporadas en sus rutinas previas a su ingreso al tratamiento de rehabilitación en drogas. Es por lo cual, que el adolescente se debe adaptar a esta nueva estructura de rutina, entendida como un conjunto de actividades desarrolladas en un día que se repiten continuamente o tienen un patrón común en un tiempo determinado. Estas corresponden a actividades de auto cuidado, tiempo libre, productividad y descanso.

Problematización del consumo de drogas

La intervención profesional va a permitir reconstruir la biografía e historia de vida individual y familiar del usuario, de esta forma se debe abordar en profundidad los factores individuales, familiares y sociales que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático. En dichas instancias, se espera la comunicación de significativos por parte del adolescente y su familia. Además de lo anterior, se busca problematizar las consecuencias negativas derivadas del consumo en relación al marco general de los objetivos vitales de la persona. Se entenderá que el adolescente ha problematizado su consumo es capaz de darse cuenta del modo en que su patrón de consumo de drogas obstaculiza o dificulta la consecución de sus objetivos vitales a corto, mediano y largo plazo, valorando consecuentemente el consumo como un elemento perjudicial en su vida.

Apoyo del proceso de desintoxicación

El equipo terapéutico debe brindar estrategias que permitan a los adolescentes modificar el patrón de consumo de sustancias psicoactivas, para lo cual se debe apoyar el proceso de abstinencia a mediano y largo plazo.

El cese del consumo de drogas trae consigo el síndrome de abstinencia, entendido como un conjunto de síntomas que se agrupan de diferentes modos y niveles de gravedad ante la abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia. Se constata que la experimentación y abuso de diferentes tipos de drogas por parte de los adolescentes, dificulta la identificación de los síntomas, ya que estos varían de acuerdo a la sustancia consumida.

A nivel somático se presentan malestares físicos y prácticas de daño autoinfligido, que afecta la integridad física de los adolescentes. Además de lo anterior, en el ámbito de la salud mental se observan cambios del estado de

humor, irritabilidad, angustia y trastornos psicológicos como ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Estas crisis son compensadas con tratamiento farmacológico, existiendo cuadros que requieren de hospitalización para su tratamiento, por lo que la detección oportuna de los síntomas por parte de la red de apoyo y equipo profesional son elementos claves para salvaguardar el bienestar del adolescente.

Prevención de recaídas

El trabajo en prevención de recaídas está relacionado con el aumento de la capacidad del individuo de resistir la tentación del consumo de drogas. En este modelo, la prevención de recaídas se considera un programa de autocontrol, cuya finalidad es la de ayudar a los adolescentes para que puedan anticipar y afrontar los problemas de recaídas, combinando procedimientos tales como el entrenamiento en las habilidades, el abordaje desde la terapia cognitiva y el reequilibrio en el estilo de vida (Valverdi & Alvarez). En base a lo anterior, es que la intervención profesional debe entregar estrategias de prevención de recaídas al adolescente y su familia, tales como habilidades de afrontamiento y autoeficacia ante situaciones de riesgo de consumo. Además, la intervención Cognitivo-conductual permitirá que el adolescente adquiera control sobre sus conductas.

Restablecimiento de vínculos saludables

La mirada sistémica entrega un enfoque estructural que contempla a la familia como un todo, la cual tiene disposiciones que gobiernan las transacciones de sus miembros, existiendo aspectos del funcionamiento familiar que pueden actuar como factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes, constituyéndose en un clima familiar disfuncional.

La poca claridad en la relación entre padres e hijos, la relación de apego deteriorada, los conflictos familiares crónicos o el consumo de drogas por parte de otros miembros del sistema están altamente asociadas al consumo perjudicial y/o dependiente de drogas en la etapa adolescente, constituyéndose en el síntoma de la familia, que puede ser utilizado como un recurso para mantener el sistema familiar o bien el síntoma ser mantenido o reforzado por el sistema.

De esta forma se explica la hipótesis del surgimiento de la toxicomanía, a partir de la carencia del tóxico-dependiente en su desarrollo dentro de la familia. Se entiende por carencia como el componente de abandono afectivo experimentado por el sujeto dentro del recorrido relacional familiar y que trae

como efecto la vinculación del adolescente con sustancias, como una forma de suplir la carencia presente en ese contexto.

Es por lo cual que se hace necesario involucrar al contexto familiar en el tratamiento por consumo de drogas para reparar la experiencia vital del adolescente y restablecer vínculos saludables. En primera instancia se debe reconstruir en conjunto con el equipo terapéutico la historia familiar (emocional y relacional) e identificar los aspectos y/o eventos carenciales que existieron al interior de la familia, constituyéndose en un potente factor de cambio. Tras lo anterior, se deben generar espacios de cercanía emocional y competencias parentales y familiares que permitan reconocer y reparar la carencia existente.

Resignificar crisis normativas y no normativas

Las crisis normativas y no normativas del ciclo vital familiar generan demandas y producen desorganización al interior del núcleo familiar. La familia debe disponer de recursos para estabilizar el sistema, brindar apoyo y contención a sus miembros. Sin embargo, las crisis representan una oportunidad de crecimiento o de mayor vulnerabilidad para estos. La falta de comunicación y ambiente familiar complejo contribuye a generar y/o mantener los déficits y carencias personales que el adolescente intenta compensar marcando el inicio de las conductas de riesgo y la experimentación en el consumo de drogas y alcohol. Se espera que el tratamiento de rehabilitación busque resignificar los episodios de crisis no resueltos en el contexto familiar, que permita al adolescente una oportunidad de crecimiento personal.

Fortalecimiento de factores protectores

La autora Carmen Arbex (2002) señala que los factores de protección amortiguan o reducen la influencia de los factores de riesgo. Desde esta perspectiva, minimizar los factores de riesgo y sobre todo fortalecer los factores de protectores, resulta un objetivo fundamental para el proceso de cambio en el tratamiento de rehabilitación con adolescentes. Corresponde por tanto, que el equipo psicosocial realice un trabajo en red que permita fortalecer los factores protectores en los diferentes ámbitos: individual, familiar, escolar, grupo de pares, entorno y barrio.

Redefinición de roles e identidad

Cabe señalar que los comportamientos de los adolescentes se ven influenciados por el contexto y la experiencia de vida, los roles no son estáticos y se van adecuando según las expectativas del medio. La experiencia de los sujetos en contextos en donde el consumo de drogas es aceptado socialmente

también permite un cambio en los roles, asumiendo comportamientos que no son pertinentes, en base a la etapa del ciclo vital en la cual se encuentran. La estructura de la rutina en los adolescentes permitirá readecuar e integrar un número óptimo de roles apropiados en la vida de los sujetos, este equilibrio otorga ritmo y organización y contribuye a un desempeño ocupacional exitoso que a su vez aporta a la satisfacción personal. El cumplimiento de la rutina va a favorecer en el tratamiento la redefinición de la identidad del adolescente y su familia, que se vio afectada por el consumo de drogas, desde una persona y familia *drogadicta*, a una en *tratamiento*.

Evaluación de Intereses, habilidades y competencias socio ocupacionales

Para el logro de los objetivos terapéuticos, es preciso reconocer los intereses del adolescente, aquellas disposiciones que le permiten encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones, las cuales incluyen el disfrute/goce y el patrón.

Además, el proceso motivacional que despliega el equipo busca explorar, incentivar y reconocer las habilidades del adolescente en un ambiente sin consumo de drogas, lo cual permite el cumplimiento de ciertas tareas específicas y facilita la adhesión al tratamiento. Es por lo cual, que el sujeto debe vivenciar actividades que potencien el desarrollo de habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción. Además, se deben identificar y potenciar las competencias socio ocupacionales que promuevan en el adolescente el desarrollo de un plan de futuro alejadas de conductas de consumo.

Tercera etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración.

Redes de apoyo

Familiar

El apoyo de tipo emocional, material e informacional que el adolescente percibe o recibe por parte de la familia durante el tratamiento contribuye al logro de los objetivos propuestos en el plan de intervención individual y a la vez ayuda al mantenimiento de los resultado, ya que el apoyo es visto como una fuente de motivación.

Grupo de pares

La autonomía desarrollada durante el proceso de tratamiento le permite al adolescente seleccionar un grupo de pares con conductas prosociales que no se encuentren vinculados al consumo de drogas, identificando intereses en común. En esta caso, las expectativas del tratamiento son mucho más altas, ya que el acompañamiento brindado por los iguales favorecen la continuación de la abstinencia y entregan apoyo de tipo emocional e informacional, que el sujeto reconoce. Contar con una red amplia de amigos, desarrollar competencias y habilidades sociales, constituyen factores protectores relevantes para el sujeto.

Instituciones deportivas

La actividad física y el deporte es vista como un recurso para el tratamiento de rehabilitación en drogas, que permite en primer lugar, generar un espacio saludable y protegido para el adolescente y por otra parte, vincularse con un otro significativo que puede brindar apoyo emocional, material e informacional al sujeto. Los beneficios de la actividad física y el deporte no solo se reducen a la recuperación del estado físico, sino que también a aspectos psicológicos como es la mejora de la autoimagen y la sensación de bienestar. Además, cabe recalcar que disminuye la ansiedad, influye en el estado de ánimo, permite identificar objetivos a medio y a largo plazo y desarrollar espíritu de equipo. La práctica deportiva enseña a controlar la impulsividad y el juego permite sopesar las consecuencias de una acción y la toma de decisiones, por lo que la vinculación con instituciones deportivas se considera como un recurso de las rutinas del adolescente que ayuda a complementar y favorecer el tratamiento.

Inserción educativa ocupacional

La escuela entendida como un espacio de socialización secundaria ofrece múltiples posibilidades para potenciar el desarrollo de los individuos, constituyéndose en una antesala para insertarse en la sociedad. El perfil de los adolescentes que ingresan a los planes de tratamiento de rehabilitación en drogas presentan problemáticas educativas o abandono escolar que deben ser resueltas durante el proceso.

Las intervenciones apuntan a retomar esta área y resignificar la experiencia de los adolescentes con la escuela, redefinir el rol de estudiante como elemento importante del área productiva, la cual se expresa en los hábitos que giran en torno a la escuela. De esta forma el usuario logra insertarse de forma

óptima en el contexto educativo, este espacio además debe brindar oportunidades y flexibilidad, considerando el consumo de drogas como una problemática que requiere ser vista como necesidad educativa especial.

Cuarta etapa: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año, posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

CRITERIOS E INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA PROGRAMA DE PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

A continuación se señalan los criterios e indicadores de calidad que se encuentran explicitados en la *Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio SENDA-MINSAL, 2012.*

CRITERIOS E INDICADORES DE CALIDAD
1. Vía de administración de las sustancias
2. Categorías Diagnósticas
- Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas (CIE-10): <i>Consumo perjudicial y Dependencia</i>
- Diagnóstico de Comorbilidad psiquiátrica CIE 10 y DSM 4
- Diagnóstico de comorbilidad física
- Otros problemas de salud mental
- Compromiso biopsicosocial
- Diagnóstico estado motivacional
3. Contrato terapéutico
4. Consentimiento informado
5. Egreso
6. Rescate
7. Adherencia al programa o tratamiento
8. Evaluación durante el proceso terapéutico
9. Evaluación de egreso del proceso terapéutico
10. Indicadores de seguimiento del proceso terapéutico

(Elaboración Alumna Seminarista, 2016)

Se sugiere incorporar tres criterios e indicadores de calidad para los planes de tratamiento y rehabilitación en adolescentes, para mejorar el servicio de los dispositivos, así como también el trabajo profesional:

Cuidado de equipos: el compromiso con la propia salud y con dotar de herramientas a quienes interactúan con otros seres humanos con altas demandas, se transforma en un bien preciado, en una “buena práctica” institucional y una positiva actitud individual para mejorar la calidad de nuestras intervenciones (A. Cáceres, 2009).

El autocuidado está definido por los siguientes criterios:

1. Conjunto de actividades que se realizan para mantener la salud y para prevenir y controlar las *enfermedades*.
2. Supone que cada persona asume la responsabilidad de su propia salud reconociendo aquellos problemas que puede solucionar por sí mismo/a y los que requiere de ayuda externa.
3. Comprende acciones de la vida diaria que fomentan bienestar.

En base a lo anterior, es que se sugiere incorporar actividades de autocuidado continuas y específicas del equipo que realice el plan de tratamiento y rehabilitación en drogas.

Capacitación profesional: la capacitación forma parte de un sistema continuo de asesoría y capacitación que es insustituible dado la alta demanda técnica que requiere el tratamiento y rehabilitación de la población adolescente. Es por lo cual, que se sugiere que los profesionales busquen la especialización y capacitación continua que permita el abordaje de la problemática del consumo de drogas desde una alta experticia.

Infraestructura y equipamiento¹¹: en relación a los requerimientos que deben disponer las instalaciones en donde se desarrolla el plan de tratamiento y rehabilitación, las cuales se sub-dividen en:

- **Ubicación de la infraestructura:** las instalaciones del proyecto se deben encontrar una zona de fácil acceso, con vías estructurantes que posibilitan la llegada de los adolescentes desde todas las comunas o zonas de la cobertura establecida. La zona de ubicación debe contar con acceso u orientación de fácil comunicación o vínculo con redes sociales de apoyo, de oferta pública y privada.

¹¹ Adaptación a partir de “Bases técnicas: programa de apoyo psicosocial para adolescentes privados de libertad y en el medio libre”, SENAME, 2015.

- **Estado de la infraestructura:** la infraestructura no debe presentar daños estructurales relevantes que pongan en riesgo a los usuarios . Se deben realizar acciones periódicas de revisión del estado la infraestructura.
- **Condiciones ambientales y sanitarias:** La infraestructura debe contar con las certificaciones de seguridad del inmueble al día y no se debe ubicar en zonas aledañas o afectas a contaminación de labores industriales productivas, de emisiones contaminantes o de basurales autorizados o ilegales. Se debe realizar una sanitización programada de las instalaciones y debe contar con sistemas de aseo y limpieza diaria. Número de baños suficiente para el personal y para los/as adolescentes de manera diferenciada.
- **Pertinencia para intervención:** La infraestructura debe contar con el número de oficinas y/o salas acorde a la cantidad de profesionales y con salas para talleres.
- **Equipamiento de oficina u administrativo:** debe contar con escritorios, sillas, materiales de oficina, kárdex, bibliotecas o armarios y mobiliario adecuado para el trabajo que realiza el equipo. Se requiere que los equipos computacionales e impresoras así como servicios de comunicaciones y banda ancha cumplan con estándares de conectividad y calidad que permitan una conexión e interacción telefónica y por redes continuas.
- **Equipamiento técnico:** se debe disponer de material de apoyo y elementos específicos a utilizar en tareas de intervención pedagógica, talleres o trabajo individual o grupal. Además de mobiliario y otros elementos de trabajo recreativo, de formación cultural, deportivo o de otro tipo para uso de tiempo libre en los respectivos centros. Debe contar con artículos electrónicos o computacionales necesarios para el trabajo técnico del equipo (radios, tv, dvd, data show, Notebook).
- **Equipamiento de uso diario:** disponer de mobiliario de uso diario tales como sillas, sillones, mesas u otros para uso diario del establecimiento, ya sea en salas de uso común, recepción, tiempo libre o cocina. Con especificaciones de artículos eléctricos utilizados en los espacios antes mencionados.

4. CONCLUSIONES

4.1 En vinculación con los Objetivos de Investigación

El estudio realizado en el Seminario de Título durante el periodo contemplado desde agosto del año 2015 y junio del año 2016, buscaba *“Conocer los significados del Tratamiento de Abstinencia en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas vinculados a los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué y Residencial Clotario Blest Riffo y su relación con la despenalización de la cannabis en Chile”*. A partir de la inmersión en el campo de investigación, fue posible elaborar los contextos institucional, programático y legal, el marco de referencia y el diseño de la investigación cualitativa, que complementado con la aplicación de las técnicas de recopilación de datos permitieron realizar el análisis respectivo, del cual se desprende la propuesta de mejora a la Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas Convenio SENDA-MINSAL que considera la incorporación de la perspectiva evolutiva en el abordaje del consumo de drogas a nivel de política pública. Lo anterior se basa en el reconocimiento de la adolescencia como una etapa que presenta características evolutivas que requieren de atención especial en el abordaje del tratamiento de consumo. Se expone por tanto, que la intervención debe apuntar a atender los cambios evolutivos que se presentan, poniendo énfasis en el tratamiento de la salud mental. Además se debe considerar como principio rector la protección de los derechos de la infancia y adolescencia, buscando la vinculación del adolescente con redes de apoyo social. Promover la abstinencia en todo momento, el equilibrio ocupacional como base para la re-estructuración de la rutina diaria y el reconocimiento de la drogadicción como una necesidad educativa especial.

Respecto al primer objetivo específico, este buscaba identificar las características evolutivas de los adolescentes que permiten comprender la conducta de consumo de drogas y su proceso de tratamiento de abstinencia y su relación con la despenalización cannabis en Chile. Por lo que se logra constatar que los elementos del desarrollo sexual, cognitivo y psicosocial que manifiestan los sujetos durante esta etapa influyen en la iniciación de las conductas de consumo. Lo anterior se ve facilitado por el contexto familiar, en donde los sujetos comienzan a independizarse de su núcleo familiar y ven en el grupo de pares un nuevo modelo de referencia. Dentro de las consideraciones del consumo de cannabis, cabe señalar que constituye el soporte artificial de los adolescente, se identifica el síndrome amotivacional por

su consumo crónico, presentándose comorbilidad psiquiátrica lo que representa un problema de salud mental. Además, se reconoce la baja percepción que tienen los adolescente con respecto a los daños que produce la cannabis.

Por otra parte, el segundo objetivo específico buscaba describir los significados de la abstinencia y rutina diaria en los adolescentes en tratamiento de rehabilitación desde la mirada de la despenalización de la cannabis. Se identifica que la abstinencia y rutina diaria equilibran las áreas que habían sido afectadas por el consumo. Se reconoce que el escenario de la despenalización pone en riesgo la reincidencia del consumo y se expresa la duda que podría representar en la continuación de la abstinencia de esta sustancia en el tratamiento de rehabilitación.

Finalmente, el tercer objetivo específico buscaba identificar los significados de la red de apoyo social de los adolescentes durante el tratamiento de abstinencia y cómo el adolescente percibe el impacto que tendría la posible despenalización de la Cannabis en su red de apoyo. Se identifican los temores asociados a esta nueva forma de clasificación social, que vienen dados por la desconfianza de la familia fundadas en posibles recaídas de los adolescentes. Se manifiesta la necesidad de instalar la despenalización de la Cannabis en tema de conversación familiar. Además, el grupo de pares representa apoyo significativo, que puede estar o no vinculados al consumo de drogas. Por último, se deben reforzar las redes institucionales del área deportiva y el contexto educativo, el cual presenta el desafío de entender la drogadicción como una necesidad educativa especial.

4.2 En vinculación con el Trabajo Social y el consumo de drogas en los adolescentes

A lo largo de la investigación cualitativa se ha puesto especial énfasis en promover la perspectiva de derecho de los niños, niñas y adolescentes. Los adolescentes que presentan consumo de drogas se encuentran en una situación de vulneración de derechos, que debe ser restituido por la institucionalidad pública, a través de programas y planes de tratamiento de rehabilitación en drogas, en donde Trabajo Social tiene un rol principal en el abordaje del consumo de drogas desde la perspectiva individual y familiar.

En sujetos con consumo perjudicial y/o dependiente de drogas, se reconocen una serie de factores asociados que gatillan el consumo, los cuales

deben ser intervenidos a través de un equipo interdisciplinario, que contempla la metodología de intervención de trabajo social. Además de lo anterior, se identifica un área de mayor especialización para el trabajo social y la atención del consumo abusivo de sustancias, el cual corresponde al trabajo social clínico, que se encarga de la investigación, desarrollo y aplicación de tratamientos para los problemas psicosociales que afectan la salud mental de las personas.

Desde una perspectiva macrosocial, la profesión debe atender a las contingencias que se presentan en el medio social, tales como los cambios en la legislación que afectarían la clasificación social de la cannabis en Chile. Desde la mirada profesional, lo anterior representa un riesgo para la salud de los adolescentes que se encuentran en pleno proceso de desarrollo. De esta forma se hace necesario contar con dispositivos de cuidado para la salud de la población, en donde Trabajo Social debe aportar elementos para el debate desde la mirada técnica, teórica y práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Cuarta edición -TR.
- Arbex C. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumo de drogas*. Madrid: ADES.
- Arnett, J. (1992).). *Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective*.
- Ballester, R., Gil, M., & Girardo, M. (2000). *Comportamientos y Actividades relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. Análisis y modificación de la conducta*.
- Barra, E. (2004). *Apoyo social, estrés y salud*. . Psicología y Salud.
- Berger, K. (2004). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Buenos Aires: 6° edición Médica Panamericana.
- Bolaños, Falleiros, Carvalho, & Lossi. (s.f.). Opiniones de los Adolescentes Escolares sobre Consumo de Drogas: Un Estudio de Caso en Lima, Perú. *Latino-Am*.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: retrospect and prospect*. American Journal of Orthopsychiatry .
- Bukstein, O., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Shaw, J., Benson, R., & al., e. (2005). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders*.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (s.f.). Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales.
- Catalano, R. H. (2004).). *The importance of bonding to school for healthy development: Findings from the Social Development Research Group*. Journal of School Health .
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). *(Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults*. Behavioral Sciences and the Law.
- Compton, W., Thomas, Y., Conway, K., & Colliver, J. (2005). *Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders*. Am J Psychiatry.
- CONACE. (2004). *Lineamientos técnicos tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior.
- CONACE. (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018*. Santiago: Gobierno de Chile. Ministerio del Interior.
- CONACE. (2010). *Cuenta pública 2006-2010*. Santiago: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior.
- Convenio SENDA-MINSAL. (2012). *Norma y Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas*.

- D'Souza, D., & Ranganathan, M. (2015). Medical Marijuana. Is the care before the horse? *JAMA*.
- Delgado, A. O., García, V. H., Fernández, D. M., Jiménez, Á. P., Bermúdez, M. R., & Orellana, R. V. (s.f.). *Los cambios durante la adolescencia*. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Sevilla.
- Dörr, A. (2016). Tertulias porteñas: ¿Qué sabemos de la Cannabis? Valparaíso.
- Dumazedier, J. (1968). *Hacia una civilización del ocio*. Barcelona.
- Erikson, E. (1972). *Autobiographical notes on identity crisis*. New York: Norton: The twentieth century sciences: Studies in the biography of ideas.
- Fergusson, Boden, & Horwood. (2006). "Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis". *Addiction*.
- Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Colmenares, E., & Saldivar, G. (2006). *La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas*. Salud Mental.
- Gómez, S., Rueda, L., & Muñoz, C. (2002). *Patrón de Idiosincrasia de los alumnos que ingresan a Terapia Ocupacional*. Santiago: Bases para el estudio de la Ciencia de la Ocupación. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. .
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Greene, K. K. (2000). *Targeting adolescent risktaking behaviors: The contributions of egocentrism and sensation seeking*.
- Grupo Interdisciplinar sobre drogas. (1995). *El Educador Social y las drogodependencias*.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill/Interamericana Editorial. D.F. México: McGraw-Hill/Interamericana Editorial. Quinta Edición.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Keating, D. (2004). *Cognitive and brain development*. En Lerner, RM. y Steinberg, L. *Handbook of adolescent psychology* (2° ed.).
- Kroger, J. (1996). *Identity in adolescence the balance between self and other*.
- Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica de la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto) .

- Lam, T. S. (2002). *Timing of pubertal maturation and heterosexual behavior among Hong Kong Chinese adolescents*. Archives of Sexual Behavior.
- Lapsley. (1993). *Toward and integrated theory of adolescent egocentrism*.
- Lin, N., & Ensel, W. (1989). *Life stress and health: Stressors and resources*. American Sociological Review.
- López, J. y. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Universidad de Murcia.
- Lynskey, M., & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis. *Addiction*.
- Maccarrone, M., Guzmán, M., Mackie, K., Doherty, P., & Harkany, T. (2014). Programming of neural cells by (endo) cannabinoids. *Nat Rev Neurosci*.
- Martin, C., Kelly, T., Rayens, M., Brogli, B., Brenzel, A., Smith, W., & al., e. (2002). *Sensation seeking, puberty and nicotine, alcohol and marijuana use in adolescence*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Martin, M. y. (2001). *Informe sobre la juventud en España 2000*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud.
- Maturana A. (2011). *Consumo de Alcohol y Drogas en la Adolescencia*. Revista Medica Clinica Las Condes.
- Meier, M., Caspi, A., Ambler, A., & Harrington. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood. *Proc Natl Acad Sci USA*.
- Mestre, T. S. (2007). *Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial*. Revista Latinoamericana de Sociología .
- Ministerio de Salud. (2003). *Norma general técnica sobre contención en psiquiatría*. DIVISIÓN DE RECTORIA Y REGULACIÓN SANITARIA, Departamento de Salud de las Personas, Chile.
- Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (2011). *Guía Práctica de Consejería para adolescentes y Jóvenes*. Chile.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Abuso y dependencia de alcohol y drogas*.
- Ministerio del Interior. (2008). *Decreto N° 867 que establece el reglamento de la Ley N° 20.000*.
- Ministerio del Interior, CONACE. (2004). *Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de niños, niñas y adolescentes: Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias en población de niños, niñas y adolescentes, desde una mirada comprensiva evolutiva*. Santiago: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

- MINSAL. (2013). *Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años*. Santiago.
- Moreno G. (2000). *SUSPERTU Programa de Apoyo a Adolescente*.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Naciones Unidas, O. c. (2003). *Manual sobre tratamiento del abuso de drogas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*.
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes*. . National Institutes of Health.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>.
- Nelson, E., Leibenluft, E., McClure, E., & Pine, D. (2005). *The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology*. Psychological Medicine.
- Oyarzún, E. (s.f.). *Ciclo Vital Individual*. Obtenido de http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/528/Clase_N_2_Ciclo_vital_individual_11_.pdf
- Pavez, J., & Prat, A. (2006). *Análisis crítico de la Ley N°20.000. Memoria para optar al Grado Académico de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales*. Santiago: Departamento de Ciencias Penales, Facultad de Derecho, Universidad de Chile. .
- Quiroga. (2002). Cannabis y psicopatología comórbida. *Revista Adicciones* .
- RAE. (2016). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=0Cuo7Bs>
- Ruiz, F. (2009). *El delito de tráfico de pequeñas cantidades de droga. Un problema concursal de la ley 20.000*. Política criminal.
- Sánchez, R. (2005). *Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- SENDA . (2015). *Décimo primer estudio nacional de drogas en población general, resultados principales*. Ministerio del Interior y seguridad pública. Observatorio Chileno de Drogas.
- SERPAJ. (2011). *Asesoría en terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana y Rutina*. Chile: Unidad de Drogas, Servicio Paz y Justicia .
- SERPAJ, C. S. (s.f.). *Programa Aplicación del enfoque del Modelo de Ocupación Humana en programa de tratamiento de drogas y alcohol*

para adolescentes infractores de ley, usuarios del PAI Luis Cárdenas, Corporación Servicio Paz y Justicia (SERPAJ). Valparaíso.

Superintendencia de Salud. MINSAL. (Junio de 2016). Obtenido de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-3705.html>

Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo*. Madrid: Pirámide.

Valverdi, J., & Alvarez, M. (s.f.). *Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones: El uso de los instrumentos de evaluación y la terapia Cognitivo-Conductual*. Buenos Aires.

ANEXOS

Anexo 1: Pauta de entrevista semi-estructurada usuarios

Nota: Para efectos de la presente investigación la entrevista tiene carácter confidencial y está sujeta a la participación libre y voluntaria de sus entrevistados.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA USUARIOS		
UNIDADES ANÁLISIS	DE	PREGUNTAS
Preguntas inducción	de	¿Podría decirme por favor, su nombre, edad y fecha de ingreso en el C.T.R/C.T.A?
Características evolutivas usuarios		<p>Para comenzar, quisiera que habláramos un poco de tu niñez, ¿Con quién vivías cuando eras pequeño?</p> <p>¿Con cuáles personas de tu familia te llevabas bien?</p> <p>¿Quiénes eran las personas con las cuales no te llevabas bien?</p> <p>¿Qué recuerdos importantes tienes de cuando eras niño? ¿Podrías relatarnos alguna situación difícil que tuviste que pasar? ¿Podrías relatarnos algunos momentos felices que recuerdes?</p> <p>¿Qué cambios experimentaste a partir de los 10 años?</p> <p>¿Cómo fue tu paso de niño a adolescente?</p> <p>¿Qué cosas dejaste de hacer? ¿qué cosas nuevas viviste?</p> <p>¿Qué experiencias las consideras como positivas?</p> <p>¿Qué momentos han sido negativos en la etapa adolescente?</p> <p>¿Cómo te relacionaste con las drogas?</p> <p>¿De qué forma has enfrentado situaciones riesgosas o estresantes? ¿Cómo son tus relaciones con tu familia, amigos o grupo de pares? ¿Cómo consideras las decisiones que has tomado?</p>
Abstinencia / Rutina diaria		<p>¿Cuáles fueron sus motivaciones para ingresar al centro? ¿Qué personas lo apoyaron en este proceso? ¿de qué forma sintió su apoyo? ¿Cómo se imaginaba su día a día en el centro? ¿Qué expectativas y miedos tenía?</p> <p>¿Cómo recuerda los primeros días de su ingreso?</p> <p>¿Qué significó para ud. el ingresar al CTR/CTA?</p> <p>¿Cómo fue el proceso de abstinencia?</p> <p>¿De qué forma reaccionó tu organismo?</p> <p>¿Cómo se sintió?</p> <p>¿Cuáles han sido las principales dificultades para enfrentar la abstinencia?</p> <p>¿Cuáles han sido las principales motivaciones?</p>

	<p>¿Podría describirme un día durante la semana?</p> <p>¿Qué actividades hace durante el fin de semana?</p> <p>¿Qué es lo que más le gusta de su rutina?</p> <p>¿Qué es lo más importante de su rutina?</p> <p>¿Qué significa la rutina para dejar de pensar en drogas? ¿De qué forma ha cambiado su rutina desde que entró al centro?</p> <p>¿Qué estrategias ha utilizado para mantener la abstinencia?</p>
<p>Red de apoyo social</p>	<p>¿Qué personas externas al CTR/ CTA han sido tu apoyo?</p> <p>Descríbame cómo es su relación con su familia/ adulto significativo</p> <p>¿Cómo ha sido el apoyo que le han dado su familia/ adulto significativo?</p> <p>¿Cómo es su relación con sus amigos y compañeros de curso? ¿Cómo ha sido el apoyo/abandono en su tratamiento?</p> <p>¿con que instituciones se ha vinculado (CESFAM, colegio, club deportivo) ¿Cómo ha sido su experiencia? ¿Qué es lo bueno o malo de cada una de ellas?</p> <p>En la país se ha introducido y discutido el tema de la legalización de la cannabis, ¿qué opinión le merece dicha situación? Si se legalizaría ¿Qué crees que pasaría contigo o con tu entorno? ¿Qué implicancias tendría en tu tratamiento de abstinencia? ¿Qué estrategias posee para enfrentarlo?</p> <p>¿Cuál sería el impacto en tu familia/ adulto significativo? ¿Qué herramientas posee tu familia/ adulto significativo para enfrentar el tema?</p> <p>¿Cómo visualizas la contención que recibirías de parte de tu familia/ adulto significativo si se aprobara la ley para mantener la abstinencia?</p> <p>¿Cómo visualizas el control que recibirías de tu familia/ adulto significativo para evitar recaídas y mantener la abstinencia ?</p>

Anexo n° 2: Grupo de discusión profesionales

GRUPO DE DISCUSIÓN PROFESIONALES		
Preguntas apertura	de	Podría decirnos su nombre, edad y profesión ¿Cuál es su experiencia con adolescentes con consumo de drogas?
Preguntas introductorias		¿En qué consiste el tratamiento de abstinencia?
Preguntas transición	de	¿Por qué la abstinencia como modelo?
Preguntas claves		¿Cuáles son los elementos de la adolescencia que intervienen en el tratamiento? ¿Cuál es la importancia de la abstinencia y rutina diaria? ¿Cuál es la importancia de la red de apoyo en los adolescentes durante el tratamiento?
Preguntas finalización	de	¿Cuál es su mirada profesional con respecto a la despenalización de la marihuana? ¿Cuál sería el impacto en los adolescentes y su entorno? ¿Qué herramientas debe poseer la familia del adolescente para contener y controlar posibles recaídas? ¿Qué modificaciones realizaría en el proyecto ley?