



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

“Estudio descriptivo sobre la inclusión escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático de drogas pertenecientes
al Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) Quilpué”

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TITULO PROFESIONAL DE ASISTENTE
SOCIAL

ALUMNOS: PRISCILLA FLORES ANDRADES

GONZALO ROJAS MUÑOZ

STEPHANIE ROSSI ROMÁN

PROF.GUÍA: FERNANDO PASTÉN CORDOVEZ

2014



INDICE

| | Página |
|--|--------|
| • Presentación | 6 |
| • CAPITULO I: Marco Contextual | 7 |
| 1. <u>Contexto Institucional</u> | 9 |
| 1.1 Identificación de la institución | 10 |
| 1.2 Contexto territorial | 11 |
| 1.3 Contexto económico de la institución | 12 |
| 1.4 Contexto sujeto de atención de la institución | 13 |
| 1.5 Tratamiento y funcionamiento de la institución CTA Quilpúe | 13 |
| 2. <u>Contexto político</u> | 19 |
| 2.1 Estrategia Nacional de Drogas | 20 |
| 3. <u>Contexto Legal</u> | 22 |
| 3.1 Ley N°20.000 | 22 |
| 3.2 Ley N°20.502 | 22 |
| 3.3 Decreto 820 | 23 |
| 3.4 Ley 19.966 | 23 |
| • CAPITULO II: Marco Teórico | 25 |
| 1. Adolescencia | 27 |
| 2. Drogas | 27 |
| 3. Definición de drogas según OMS | 28 |
| 4. Abuso | 29 |
| 5. Dependencia | 29 |
| 6. Drogodependencia según OMS | 31 |
| 7. Tipos de consumo de drogas | 32 |
| 8. Tipos de drogas | 33 |
| 9. Consumo de drogas en la adolescencia | 34 |
| 10. Tratamiento y rehabilitación | 38 |
| 11. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner | 40 |
| 12. Principios educativos de la teoría de Bronfenbrenner | 43 |
| 13. La integración e inclusión de los alumnos drogodependientes al sistema educacional chileno | 45 |
| 14. Necesidades educativas especiales | 45 |
| 15. Normativa vigente en educación especial y Necesidades Educativas Especiales | 47 |
| 16. Programa de Integración Escolar (PIE) | 51 |
| 17. Inclusión e Integración educativa | 53 |
| 18. Educación Especial e Inclusiva en Chile | 58 |
| • CAPITULO III: Diseño Metodológico | 60 |
| 1. Problema de Investigación | 62 |
| 2. Delimitación del problema | 62 |
| 3. Antecedentes Metodológicos | 63 |
| 3.1 Enfoque de Investigación y tipo de estudio | 63 |
| 3.2 Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de información | 66 |



| | | |
|-----|---|-----|
| 4. | Sistema de Objetivos | 70 |
| 4.1 | Fundamentación del problema | 70 |
| 4.2 | Objetivos | 71 |
| 4.3 | Preguntas de Investigación | 72 |
| 5. | Diseño de muestra | 72 |
| 5.1 | Universo | 72 |
| 5.2 | Criterios de selección | 73 |
| 5.3 | Muestra | 73 |
| 5.4 | Criterios de rigor | 77 |
| 6. | Cuadro resumen de la Investigación | 79 |
| | • CAPITULO IV: Análisis e interpretación de resultados | 81 |
| 1. | Análisis de datos con Programa Estadístico SPSS | 83 |
| 2. | Análisis de entrevistas con Programas Atlas.ti 7 | 102 |
| 3. | Análisis de Objetivos | 142 |
| | • CAPÍTULO V: Conclusiones y propuesta de mejora | 143 |
| 1. | Conclusiones Metodológicas | 145 |
| 2. | Conclusiones de resultados | 147 |
| 3. | Conclusiones para el Trabajo Social | 149 |
| 4. | Propuesta de mejora | 152 |
| | • Anexos | 158 |
| | • Bibliografía | 165 |

INDICE DE TABLAS

| Tabla | Página |
|--|--------|
| Tabla N°1: <i>Identificación Institución</i> | 10 |
| Tabla N°2: <i>Garantía de protección financiera</i> | 24 |
| Tabla N°3: <i>Factores protectores y factores de riesgo asociados a conductas de riesgo en adolescentes</i> | 42 |
| Tabla n°4: <i>Diferencias entre integración e inclusión.</i> | 57 |
| Tabla N°5: <i>Número de profesores por establecimiento educacional</i> | 75 |
| Tabla N°6: <i>Frecuencias: Conocimiento sobre leyes (según colegios).</i> | 84 |
| Tabla N°7: <i>Conocimiento Leyes (según edad)</i> | 86 |
| Tabla N°8: <i>Conocimiento sobre leyes (según sexo)</i> | 87 |
| Tabla N°9: <i>Conocimiento sobre leyes (según jefatura)</i> | 88 |
| Tabla N° 10: <i>Tabla de frecuencia “Acciones realizadas por docentes (según colegio)</i> | 89 |
| Tabla N°11: <i>Tabla de frecuencias “Acciones realizadas por docentes (según edad)</i> | 91 |
| Tabla N°12: <i>Acciones realizadas por docentes (Según Sexo)</i> | 92 |
| Tabla N°13: <i>Acciones realizadas por docentes (según jefatura)</i> | 93 |
| Tabla N°14: <i>Nivel de conocimiento sobre drogas (según colegios)</i> | 94 |
| Tabla N°15: <i>Nivel de conocimiento sobre drogas (según edad)</i> | 95 |
| Tabla N°16: <i>Nivel de conocimiento sobre drogas (según sexo)</i> | 96 |
| Tabla N°17: <i>Nivel de conocimiento sobre drogas (según jefatura).</i> | 97 |
| Tabla N°18: <i>Nivel de conocimiento sobre leyes (análisis Integrado)</i> | 98 |
| Tabla N°19: <i>Acciones realizadas por docente (Análisis Integrado)</i> | 99 |
| Tabla N°20: <i>Nivel de conocimiento sobre drogas (Análisis</i> | 100 |



| | |
|---|-----|
| <i>Integrado)</i> | |
| Tabla N°21: <i>Correlaciones</i> | 100 |
| Tabla N°22: <i>conocimiento acerca de situación escolar de pupilo</i> | 103 |
| Tabla N° 13: <i>Conocimiento sobre inclusión escolar</i> | 104 |
| Tabla N°24: <i>Opinión acerca de la relación entre CTA y establecimiento educacional</i> | 105 |
| Tabla N°25: <i>Opinión sobre acciones que realizan o pueden realizar los profesionales de la educación en el contexto de la inclusión escolar</i> | 106 |
| Tabla N°26: <i>Opinión sobre cómo puede ayudar (tutor o apoderado) a la inclusión escolar de su pupilo</i> | 108 |
| Tabla N°27: <i>Percepción sobre la Inclusión Escolar</i> | 110 |
| Tabla N°28: <i>Resumen de frecuencias de los códigos por documentos primarios</i> | 112 |
| Tabla N°29: <i>Conocimiento sobre Inclusión Escolar</i> | 112 |
| Tabla N°30: <i>Percepción sobre Inclusión Escolar</i> | 113 |
| Tabla N°31: <i>Opinión sobre mejoras a realizar para una mejor Inclusión Escolar en el establecimiento educacional</i> | 114 |
| Tabla N°32: <i>Adaptación del establecimiento educacional a la problemática</i> | 116 |
| Tabla N°33: <i>Ayuda docente en el proceso de inclusión</i> | 117 |
| Tabla N° 34: <i>Opinión sobre la relación entre el Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) y establecimiento educacional</i> | 119 |
| Tabla N°35: <i>Opinión establecimiento apropiado para alumno</i> | 120 |
| Tabla N°36: <i>Resumen de frecuencias de los códigos por documentos primarios</i> | 121 |
| Tabla N°37: <i>Opinión sobre derivación de alumnos con problemática de drogas</i> | 122 |
| Tabla N°38: <i>Percepción sobre Inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas</i> | 123 |
| Tabla N°39: <i>Opinión presencia de Necesidad Educativa especial</i> | 125 |
| Tabla N°40: <i>Opinión sobre Quiénes deberían intervenir en la problemática</i> | 126 |
| Tabla N°41: <i>Resumen de frecuencias de los códigos por documentos primarios</i> | 127 |
| Tabla N°42: <i>Percepción de profesionales de CTA acerca de trabajo que se realiza en el contexto de la inclusión escolar</i> | 128 |
| Tabla N°43: <i>Percepción de profesionales de CTA sobre Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas</i> | 129 |
| Tabla N°44: <i>Opinión de profesionales de CTA sobre aspectos negativos y positivos del trabajo en Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento</i> | 130 |
| Tabla N°45: <i>Opinión sobre cambios, mejoras y/o propuestas para la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas</i> | 132 |
| Tabla N°46: <i>Resumen de frecuencias de los códigos por documentos primarios</i> | 133 |



INDICE DE GRÁFICOS

| Gráfico | Página |
|--|--------|
| Gráfico N°1: Nivel de conocimiento sobre leyes (según colegio) | 85 |
| Gráfico N°2: Nivel de conocimiento sobre leyes (según edad) | 86 |
| Gráfico N°3: Nivel de conocimiento sobre leyes (según sexo) | 87 |
| Gráfico N°4: Nivel de conocimiento sobre leyes (según jefatura) | 88 |
| Gráfico N°5: Acciones realizadas por docentes (según colegio) | 90 |
| Gráfico N°6: Acciones realizadas por docentes (según rango de edad) | 91 |
| Gráfico N°7: Acciones realizadas por docentes (según sexo) | 92 |
| Gráfico N°8: Acciones realizadas por docentes (según jefatura) | 93 |
| Gráfico N°9: Nivel de conocimiento sobre drogas (según colegio) | 94 |
| Gráfico N°10: Nivel de conocimiento sobre drogas (según edad) | 95 |
| Gráfico N°11: Nivel de conocimiento sobre drogas (según sexo) | 96 |
| Gráfico N°12: Nivel de conocimiento sobre drogas (según jefatura) | 97 |
| Gráfico N°13: Nivel de conocimiento sobre leyes (general) | 98 |
| Gráfico N°14: Acciones realizadas por docentes (general) | 99 |
| Gráfico N°15: Nivel de conocimiento sobre drogas (general) | 100 |
| Gráfico N°16: Correlaciones | 101 |

INDICE DE DIAGRAMAS

| DIAGRAMA | Página |
|--|--------|
| Diagrama 1: <i>Organigrama de la institución</i> | 10 |
| Diagrama N°2: Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner | 42 |



PRESENTACIÓN

El presente documento corresponde al Seminario de título de los alumnos Priscilla Flores Andrades, Gonzalo Rojas Muñoz y Stephanie Rossi Román, quienes postulan al título de Asistente social y Licenciado en Trabajo social de la Universidad de Valparaíso durante el año académico 2014, siendo guiados académicamente por el profesor Fernando Pastén Cordovéz.

Este seminario de título, es un estudio descriptivo, el cual se desarrolla en el Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) de la comuna de Quilpué, Provincia del Marga-Marga, de la región de Valparaíso, Chile. Este estudio se focaliza en la situación de inclusión escolar de los adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas pertenecientes a dicha institución.

La temática abordada en la presente investigación, ha sido escasamente estudiada. Dado esta condición, es que el equipo seminarista se abocó a la búsqueda y levantamiento de información significativa que permita representar un aporte al conocimiento de la inclusión educativa de adolescentes insertos en un centro de tratamiento de drogas.

El documento se estructura en 5 capítulos, presentándose en primer lugar el Marco Institucional del Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (CTA Quilpué), institución perteneciente a la Corporación Municipal de Quilpué. En un segundo capítulo se presenta el Marco de Referencia, en el cual se exponen antecedentes conceptuales que sustentan la investigación. Posteriormente se da a conocer el Diseño Metodológico, capítulo en el cual se contienen el planteamiento del problema de investigación, sus objetivos generales y específicos, el método de investigación mixto, las técnicas de recolección de información, criterios de rigor, etc. A continuación se presenta la interpretación de la Información a través de los datos recabados mediante cuestionario y entrevistas realizadas, que dan cuenta del conocimiento y opinión de parte de las personas involucradas en la temática abordada de la presente investigación. En el quinto capítulo, se exponen las reflexiones y conclusiones del equipo seminarista respecto de dos ejes principales: el tema de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas y la visión que tienen todos los actores involucrados.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Capítulo I

Marco Contextual



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Presentación

Al momento de desarrollar el proceso de Seminario de título, es necesario contar con una institución patrocinante, esta institución otorgará las instancias y recursos idóneos para la realización de la investigación.

En el presente capítulo se encuentran los lineamientos formales del Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) de la comuna de Quilpué, quien se constituye como la institución patrocinante del Seminario de título.

El Centro de Tratamiento Ambulatorio en este Seminario, tiene un rol esencial, ya que ha accedido a que el equipo seminarista ingrese en su ambiente de trabajo, permitiendo aplicar entrevistas a sus profesionales, adolescentes en tratamiento y apoderados, además de ser el nexo con los establecimientos educacionales de los usuarios en tratamiento, en donde se pudo aplicar los cuestionarios a los docentes para el levantamiento de la información.

Este capítulo, consta de un marco institucional en donde se dan a conocer ciertos aspectos relevantes de la institución patrocinante tales como: Contexto Institucional, Contexto Político y Contexto Legal.



1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La provincia del Marga- Marga, compuesta por las comunas de Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué, surge como una propuesta ciudadana, que busca otorgar una nueva estructura a nivel administrativo, descentralizando las decisiones y promoviendo un desarrollo a nivel equitativo de las cuatro comunas señaladas con anterioridad, siendo su capital la Comuna de Quilpué, en donde se encuentra inserto el Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (CTA), el cual nace el año 2008 a través de un Convenio que se estableció con el Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, con el propósito de prestar atención y de dar respuestas de mayor complejidad a adolescentes con consumo problemático de drogas y/o alcohol, en edades desde los 14 a los 19 años 11 meses y 29 días, que presenten un compromiso de carácter biopsicosocial moderado, patología psiquiátrica co-mórbida (es decir, que se encuentren estabilizados), un consumo abusivo, leve o moderado de sustancias y una red de apoyo pro-tratamiento; en cuanto a la modalidad de atención corresponde a una asistencia al centro de cinco días a la semana por seis horas diarias o el tiempo que determine el equipo profesional compuesto por: Trabajadora Social, Coordinador, Psicólogos, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Educadores y Monitores; así mismo se requiere que los adolescentes, presenten motivación para insertarse en la institución y así beneficiarse del tratamiento y rehabilitación que ahí se presta, por último, ser beneficiario de FONASA no importando su letra.

El ingreso del /la adolescente, consta de una etapa de preingreso, en la que los profesionales determinarán mediante una evaluación la pertinencia del perfil del adolescente de acuerdo a criterios clínicos, por otra parte este ingreso implica que el beneficiario y el adulto responsable de este asuman un compromiso de cumplir las exigencias y normas de tratamiento y del centro, este compromiso queda plasmado en un documento en donde el o la adolescente, el adulto responsable y los profesionales firman un acuerdo, en donde se explicitan los deberes y los beneficios que obtiene el adolescente y su familia al momento de integrarse a un proceso de tratamiento y rehabilitación.

Respecto al objetivo que presenta el Centro, 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 ahí se realiza por parte de cada uno de los profesionales se enfoca directamente 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 por otra parte efectuar cada cierto periodo de tiempo intervenciones realizadas por parte de la psicóloga, educador, terapeuta ocupacional y trabajadora social, quien establece un contacto directo con la familia y el entorno social del adolescente.

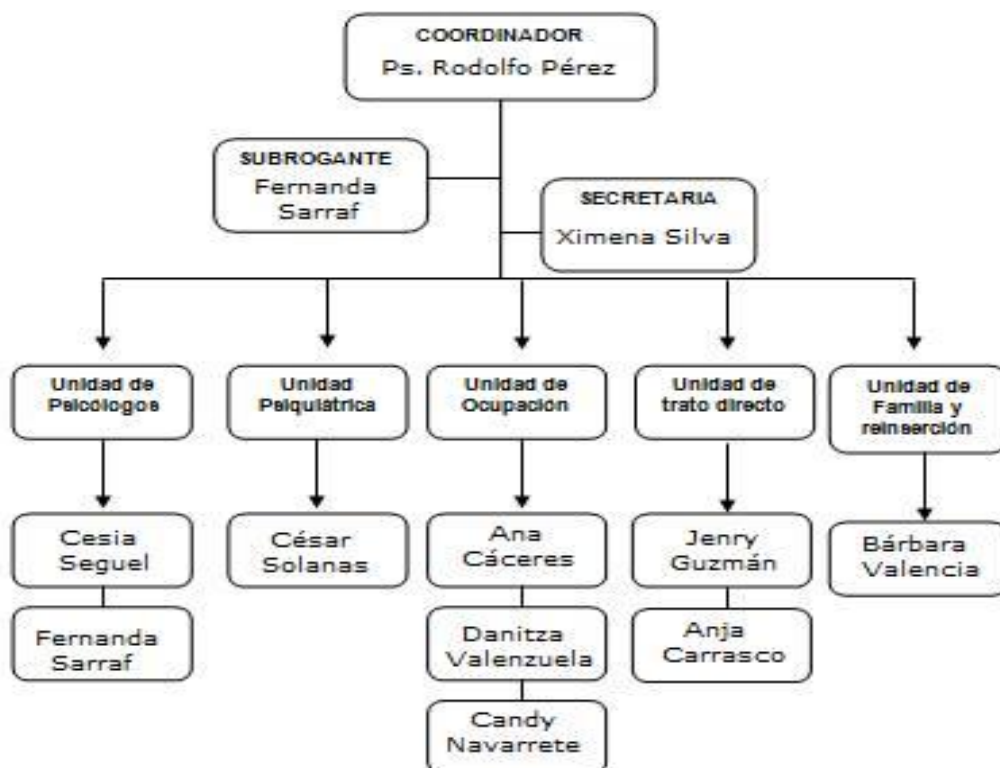
1.1- Identificación de la institución

Tabla 1: *Identificación Institución*

| | |
|----------------------|---|
| Nombre | C.T.A QUILPUÉ |
| Director | Ps. Rodolfo Pérez de Arce. |
| Ubicación geográfica | Camilo Henríquez #141, altura paradero 27, Quilpué |
| Teléfono | (032)- 3173992 |
| Horarios de atención | De 11 am a 19:00 hrs |
| Dependencia legal | Corporación Municipal de ayuda al niño/a y adolescente, Municipalidad de Quilpué. |

Fuente: Elaboración propia (2014).

Diagrama 1: Organigrama de la institución



Fuente: Elaboración propia (2014).

Cada uno de los profesionales cumple con roles distintos dentro de la Institución, sin embargo cada una de las actividades e intervenciones



ejecutadas persiguen el cumplimiento de un mismo objetivo general, utilizando para ello el modelo ecológico, que entiende el surgimiento del fenómeno, a partir de la interrelación que existe entre múltiples factores que lo propician.

1.2- Contexto territorial de la institución

Durante el año 2006 se desarrolló en la comuna de Quilpué, el Programa de Salud Escolar “Jóvenes Sanos para un Quilpué Saludable”, orientado a adolescentes de los colegios municipalizados de la comuna, beneficiando a alumnos de 8 Básico a IV Medio. Dentro de las actividades realizadas, se aplicó una encuesta de vida saludable a 3481 estudiantes, la cual arrojó como resultado que el 86% de los jóvenes bebe ocasionalmente o a menudo más de 4 tragos en una misma ocasión, el 65% bebería más de 4 tragos en una sola ocasión. En relación al uso de drogas, el 95% de los adolescentes encuestados usa drogas ocasionalmente o a menudo y del total encuestado el 85 % lo haría a menudo (CMQ, 2007).

Estas cifras nos indican la gravedad del consumo de alcohol y drogas en la población de la comuna de Quilpué, que en definitiva pueden tener origen en diversos factores psicosociales, constituyéndose el problema del consumo en un síntoma de otras problemáticas que afectan a los jóvenes (CMQ 2008). En relación a aquello, los datos de la misma encuesta, el 69% de los jóvenes “casi nunca” se siente querido, ni respetado por su familia, y un 37% alude a “a veces” sentirse querido y respetado por su familia, situación que probablemente está incidiendo directamente en la búsqueda de los jóvenes de otros espacios donde se pueden sentir amados y respetados, búsqueda en la que existe el riesgo de relacionarse con el consumo de drogas. (CMQ, 2008)

En consideración a estos antecedentes, como estrategia, desde el año 2007 se comenzó a implementar en el CESFAM Alcalde Iván Manríquez, un Plan Ambulatorio Básico para aquellos jóvenes menores de 20 años, que presenten un consumo perjudicial o moderado de alcohol y drogas.

Es por lo anteriormente descrito que surge la necesidad de crear “El Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de Quilpué (CTA), quien aborda como fenómeno social a intervenir el “Consumo problemático de drogas y alcohol en adolescentes”; entendiéndose a este como: “...un fenómeno de gran complejidad, en el que intervienen múltiples factores”. Las



investigaciones recientes muestran que existen elementos causales tanto en el individuo (genéticos, bioquímicos, neurofisiológicos, psicológicos, etc.) como en su entorno (familiares, sociales, culturales, económicos, etc.) y en la sustancia misma (características, potencialidad, formas de ingesta, acceso, etc.), los cuales se interrelacionan de diversas maneras, determinando que personas consumirán estas sustancias y quienes lo harán con mayor regularidad, y eventualmente desarrollando dependencia a ellas. La forma de desarrollo que ha alcanzado el mundo moderno, con su individualismo, competitividad, consumismo, énfasis en el placer, desigualdad socioeconómica, entre otros, parece favorecer que las personas busquen en el uso de drogas y alcohol, la satisfacción de muchas de sus necesidades. Los más débiles psicológicamente y lo más desprotegidos socialmente son los más afectados por estas circunstancias, llegando a los mayores niveles de consumo y dependencia.

1.3- Contexto económico de la institución

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), pertenece al Ministerio del Interior y Seguridad pública. Dicho servicio posee centros de tratamientos de rehabilitación en tres niveles.

- Residencial
- Ambulatorio Intensivo
- Ambulatorio básico

A través de estos centros de tratamiento es que Senda envía a concurso público proyectos de tratamiento y rehabilitación.

La dependencia administrativa del Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo perteneciente a la Ilustre Municipalidad de Quilpué a través de su Corporación de ayuda al niño y al adolescente. Dicho programa ambulatorio intensivo (PAI) se encuentra bajo dependencia técnica del MINSAL, cuyo enfoque es la rehabilitación de jóvenes de ambos sexos, con consumo leve a moderado y problemático de consumo de drogas lícitas e ilícitas, a partir de los 14 años 12 meses hasta los 19 años de edad.

Es por esto que SENDA destina los recursos para el desarrollo del programa de rehabilitación hacia la el Servicio de Salud Viña del Mar



Quillota, en donde la institución es la encargada de derivarlos a la Corporación Municipal de Quilpué.

Desde el año 2008, en la comuna de Quilpué, se ejecuta el Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo por Consumo Problemático de Drogas y/o alcohol para adolescentes menores de 20 años (CTA). Considera una inversión de \$62.166.240 para una atención de 144 planes anuales, lo que se traduce en 12 planes mensuales (atención de 12 jóvenes mensualmente de forma simultánea).

1.4- Contexto sujeto de atención de la institución

El Programa Ambulatorio Intensivo, en adelante CTA Quilpué, atiende a jóvenes de ambos sexos, que presentan necesidad de atención por consumo problemático de drogas.

El CTA atenderá a jóvenes con el siguiente perfil:

- a. Menores de 20 años
- b. Con consumo problemático de drogas
- c. De grado moderado a severo en éste, con una red que los apoye, con compromiso biopsicosocial moderado a severo y sin patología psiquiátrica comorbida.
- d. De grado leve en su consumo, pero con patología psiquiátrica severa comorbida.
- e. En ambos casos sin infracción de ley formalizada.

La modalidad de atención corresponde a la categoría de ambulatorio intensivo, lo que equivale a la asistencia de 5 días a la semana por seis horas diarias o su equivalente determinado por el equipo.

1.5- Tratamiento y funcionamiento de la institución CTA QUILPUÉ

El tratamiento de los jóvenes drogodependientes en la institución se divide en fases según el avance del adolescente y joven.

Fases de Tratamiento



Etapa de Evaluación Diagnóstica

La forma de recepción de los pacientes es a través de la entrevista individual, realizada por el psicólogo donde se indagan aspectos clínicos y relativos al consumo, y una entrevista realizada por la asistente social y la técnico en rehabilitación u otros integrantes del equipo, en donde se recopila información sobre su situación económica, familiar, educativa, etc. Finalmente, el médico psiquiatra confirmará el diagnóstico de consumo.

Para el ingreso de los jóvenes, se consideran los criterios diagnósticos del CIE 10 y DSM IV en relación a los cuadros asociados al consumo de sustancias y alcohol.

Tratamiento

El plan o programa de tratamiento incluye atención psicológica individual de por lo menos 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 de acuerdo a la necesidad y fármaco-medicación según lo estime el equipo junto al psiquiatra.

Lo anterior enmarcado en los modelos teóricos sistémicos, de ocupación humana y de integración sensorial de manera flexible.

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

a) Etapa de Pre-ingreso.

El preingreso comienza con el primer contacto entre el joven y/o su familia. Los/as usuarios/as podrán acceder a tratamiento por demanda espontánea y/o por derivación de otra institución de salud, protección, etc.

Es importante en para la continuidad del proceso, un mínimo de motivación para el cambio, particularmente del adolescente, para poder configurar una necesidad de atención, que podrá derivar posteriormente en una motivación consistente y real para un proceso de tratamiento. Dicho espacio se considerará una instancia de negociación de expectativas de él o la adolescente, su familia, quien deriva (colegio, comunidad, institución de protección, etc.) y el equipo técnico del CTA. De ahí que sea necesario



considerar en éste un encuadre que contemple elementos psicoeducativos en relación a la temática, promoviendo la consideración de juicio de realidad en relación a los resultados, el proceso y los requerimientos del tratamiento.

No obstante lo anterior, la abstinencia se plantea como objetivo del tratamiento, obteniéndose ésta de forma gradual o inmediata. Se acuerda un plan de evaluación diagnóstico que contempla a todos los integrantes del equipo, y por tanto las primeras actividades, que considerarán los intereses de los jóvenes, y un acercamiento progresivo al grupo de jóvenes en tratamiento.

En el intento por respetar el proceso motivacional, experiencial y de ampliación de significados del adolescente, es importante comenzar con las primeras capas de sentido referentes a lo conductual y de lo que es más tangible en la vida diaria. (SERPAJ, 2008)

La etapa de pre-ingreso, permitirá obtener elementos diagnósticos clínicos y psicosociales, basados en una perspectiva sistémica-ecológica, ocupacionales y de integración sensorial que insumarán información a la fase diagnóstica posterior. (SERPAJ, 2008)

Con respecto a la familia, adultos significativos y/o red de apoyo, luego de la contención se entregarán elementos psicoeducativos que orientarán en el manejo del adolescente y del cuadro de consumo.

Las prestaciones de esta primera etapa son:

- Actividades Psicosociales de Integración Socio-ocupacional
- Actividades Culturales, Recreativas y Deportivas
- Consulta Salud Mental Individual y Familiar
- Consulta Psicológica
- Consulta y evaluación psiquiátrica
- Consultoría en Salud Mental
- Derivación a unidad de desintoxicación
- Intervención Psicosocial para Padres
- Psicodiagnóstico

La confirmación diagnóstica se realizará en esta fase, en tanto consumo problemático, que si bien estará centrada en el diagnóstico realizado por el psiquiatra, se enmarcará en el diagnóstico integral, que incorporará dimensiones ligadas al consumo, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, socialización y modulación de



conductas transgresoras, reparación e integración social (CONACE, 2005). La etapa de preingreso deberá contemplar una aproximación al plan individual de tratamiento integral acordado con el o la adolescente y su familia. Aquello se profundizará en la etapa siguiente. La duración de la etapa es de 1 mes.

b) Etapa de Ingreso.

La etapa de Ingreso considera que el o la adolescente manifiesta mediante la firma del contrato administrativo del CTA, su acuerdo con el ingreso a tratamiento, en conjunto con su familia. Esto dará paso, para que en plazo de no más de un mes, se determine su plan individual de tratamiento.

c) Etapa de Adaptación a la Rutina.

En esta etapa del proceso el adolescente ingresa a un nuevo escenario donde el foco es la adaptación a una rutina con actividades diarias, que reordenarán su vida diaria en espacios libres de consumo y de oferta de droga.

La relación que se establece con el equipo incorporará lo normativo y lo afectivo, constituyéndose en un modelo de relación, que se espera luego, se amplíe a otros contextos. Por tanto, la intervención no sólo será en las distintas dimensiones y actividades que se realicen en el programa. Aquí el o la adolescente podrá ir desarrollando intereses y redescubrir sus habilidades, impactando en su identidad, toda vez que el sentido de eficacia se verá reforzado. Se puede considerar el desarrollo de capacidades, un componente fundamental del desarrollo humano, como la oportunidad que tienen los individuos de escoger entre una diversidad de opciones el tipo de funcionamiento o habilidades que desean tener.

La etapa de adaptación a la rutina, permitirá ir despejando la variable del consumo en tanto actividad diaria, dando paso al emergimiento de la funcionalidad del síntoma. (SERPAJ, 2008)

Con la familia corresponderá el desarrollo de habilidades y competencias que permitan no sólo el manejo del cuadro mediante estrategias psicoeducativas, sino que también de revinculación con el adolescente, en espacios donde la cercanía emocional sea el eje.

Las prestaciones que se suman a las de la etapa anterior son:



β Intervención Psicosocial de Grupo para Adolescentes

β Consejería para Padres

β Consulta de Salud Mental

β Consulta Psicológica

Se considera un periodo de 1 a 2 meses tomando en cuenta la posible evolución del cuadro, del adolescente y su familia.

d) Etapa de Consolidación

La adaptación a la rutina del centro, en tanto estructura, y la profundización en la relación con el centro, dará paso a que el adolescente co-construya un espacio conversacional en relación a su situación vital, emergiendo la “carencia”. (SERPAJ, 2008)

Lo anterior permitirá que el proceso terapéutico se oriente a la reparación y restauración de aquello a través de la creación de nuevas narrativas y estilos relacionales de él o la joven, su familia y significativos, que promueva la sana diferenciación de sus miembros. Elemento clave serán las características de personalidad y estructurales de aquello. La nueva narrativa, será posible, toda vez que tendrá una base de referencia en tanto el o la joven han desarrollado su sentido de eficacia al vivenciar experiencias donde sus habilidades e intereses han sido validados, sin relacionarlos con el consumo de sustancias. De ahí entonces, que la intervención de la consolidación sea de carácter multidisciplinaria. La consolidación de la integración socio ocupacional o socioeducativa será un eje primordial en esta fase.

La prevención de recaídas se trabajará incorporando los elementos de la etapa anterior, considerando los aspectos que emerjan en el presente estadio, siempre conjugando referentes a la ocupación humana, como también a la individuación.(SERPAJ, 2008)

Las principales prestaciones de esta tercera etapa, que complementan a las anteriores, son:

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Grupal
- Terapia Familiar
- Estrategias de prevención de recaídas



La duración de la etapa será de 4 a 5 meses.

e) Etapa de Pre-egreso.

El pre-egreso consistirá en una desvinculación progresiva de él o la joven del programa de tratamiento, promoviendo la pertenencia del adolescente a contextos no asociados al consumo. En estos nuevos espacios, el/la beneficiario/a deberá utilizar lo aprendido en el proceso de tratamiento en relación al manejo del no consumo, y de la prevención de recaídas, como en cuanto al estilo relacional con pares y referentes significativos (familia), aún con monitoreo del dispositivo. El “temor” de la recaída puede ser cierto en los distintos actores, toda vez que en el sistema puede existir una tendencia homeostática orientada a regresar a modos de funcionamiento anteriores. Se desarrolla un trabajo de revisión del proceso vivido, reforzando los cambios vivenciados, en pos del cambio de significados, y por tanto de la narrativa.

Las atenciones y los días de asistencia del beneficiario se distanciarán progresivamente.

El pre-egreso podrá durar un periodo aproximado de dos meses.

f) Etapa de seguimiento

La etapa de seguimiento se construirá a partir de un plan individual de apoyo, durante un periodo de 6 meses, teniendo como referencia los resultados alcanzados del plan de intervención individual. Así, los contactos podrán ser de frecuencia mensual, o bien definir en conjunto la derivación o referencia a un programa de salud o proteccional.



2. CONTEXTO POLÍTICO

Las drogas, han cobrado un papel relevante en la política pública a nivel mundial, y nuestro país no ha estado ajeno a ello. Es por ello que en el año 2011, mediante la ley 20.502, se crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) radicado en el Ministerio del Interior, en reemplazo del *Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)*.

Dicho organismo (SENDA), tiene por ley la misión de:

- La ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol,
- La ejecución de políticas en materia de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- La elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol.

Entre otras tareas, SENDA debe:

- Colaborar con el ministro del Interior y Seguridad Pública, y con el subsecretario de Prevención del Delito en el ámbito de sus atribuciones, en la elaboración de políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, cuando estas conductas constituyan un factor de riesgo para la comisión de delitos.
- Impulsar y apoyar, técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de ministerios o servicios públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo, y ejecutarlos, en su caso.
- Elaborar una estrategia nacional de prevención del consumo de drogas y alcohol, coordinar su implementación, y dar apoyo técnico a las acciones que las entidades de la administración del Estado emprendan en el marco de su ejecución.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



- Administrar el fondo establecido por el artículo 46 de la ley N° 20.000.
- Vincularse con organismos nacionales e internacionales que se ocupen de temas relativos a la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol.
- Elaborar, aprobar y desarrollar programas de capacitación y difusión, orientados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, y estimular la participación ciudadana en estas materias.
- SENDA dará continuidad a las labores que cumplía el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), creado mediante el decreto N° 683 del 21 de septiembre de 1990.

2.2 Estrategia Nacional de Drogas:

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol define las líneas de acción a desarrollarse en este ámbito en el período de gobierno 2011-2014. Ésta, busca la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Para lograr estos objetivos, la Estrategia contempla una serie de iniciativas, programas y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo hasta intervenciones complejas de tratamiento, rehabilitación e integración de los consumidores problemáticos de estas sustancias.

Esta estrategia se presenta como un plan de acción integral que involucra a todos los grupos comprometidos con la temática, con base en la mejor evidencia científica y considerando los estudios de costo-efectividad disponibles.

La Estrategia fue desarrollada durante el año 2010 por los equipos técnicos del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), y del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, basándose en el programa de gobierno del Presidente Sebastián Piñera. Se incorporaron, asimismo, como antecedentes, documentos como la evaluación de la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008, la Estrategia Nacional sobre Alcohol desarrollada por el Ministerio de Salud, y el trabajo conjunto realizado durante el año 2010 entre el Ministerio del Interior y la bancada parlamentaria Chile Libre de Drogas.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Además, durante el mes de octubre y noviembre de 2010, se realizó un proceso de Consulta Pública para verificar que las principales líneas de acción definidas en la Estrategia tuvieran correspondencia con las necesidades de la población. A través de una encuesta en línea, la ciudadanía opinó sobre los principales objetivos y lineamientos en materia de prevención, tratamiento-rehabilitación e integración. Paralelamente, se analizaron en profundidad experiencias extranjeras relacionadas con el diseño de estrategias y planes nacionales de drogas y alcohol, entre las cuales se pueden mencionar los casos de Canadá, Brasil, Estados Unidos, Australia, España y el Reino Unido.

Esta Estrategia nos asegura como país, la definición de una ruta clara de trabajo en todos los ámbitos identificados como relevantes para lograr la reducción de pérdida de libertades y vidas asociadas al consumo de drogas y de alcohol, asegurar niveles más altos de seguridad pública y avanzar en la meta impuesta de un desarrollo social con seguridades y oportunidades. Además, se refleja la necesidad de un trabajo coordinado y sinérgico entre el Ministerio del Interior y los Ministerios de Salud, de Educación, de Justicia, de Trabajo, de Vivienda y de Transportes y Telecomunicaciones (a través de la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito, CONASET), para dar una respuesta frontal y decidida a esta problemática.

En el año 2007, el municipio de Quilpué se hace parte de la implementación de la política pública de prevención a través de su oficina CONACE PREVIENE, y de tratamiento con la implementación, ese mismo año, de un programa ambulatorio básico, teniendo como marco las Garantías Explícitas en Salud (GES MINSAL). En el año 2008 dicho programa se ha ampliado y ha pasado a llamarse “Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo”, Por otro lado respecto al contexto sociopolítico, cabe destacar que el Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de Quilpué (CTA), establece su intervención bajo las líneas programáticas de la Guía Clínica nº 53, MINSAL 2007, en donde se establece el consumo de drogas y alcohol como un problema de salud mental multifactorial, en donde inciden factores tanto individuales, familiares y sociales.



3. CONTEXTO LEGAL

La temática del presente Seminario, cuenta con una serie de Leyes y Decretos asociados, los cuáles se darán a conocer en los siguientes párrafos.

3.1 Ley 20.000: Sustituye la ley nº 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

La Ley Nº 20.000 es la que define los delitos y las penas vinculados al tráfico ilícito de estupefacientes. Dicha ley sanciona a los que elaboren, fabriquen, transformen, preparen o extraigan sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas ilegales. También se sanciona a quienes tengan en su poder elementos, instrumentos, materiales o equipos comúnmente destinados a la elaboración, fabricación, preparación, transformación o extracción de las sustancias o drogas ilegales.

3.2 Ley 20.502: Crea el ministerio del interior y seguridad pública y el servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, y modifica diversos cuerpos legales.

“Artículo 18.- Créase el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República por intermedio del Ministerio del Interior y Seguridad Pública...”¹

“Artículo 19.- El Servicio tendrá por objeto la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, en la elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol.”²

¹ Biblioteca del congreso nacional de Chile. Ley Chile. (n.f). Ley 2.502. Obtenido el 27 de 05 de Mayo de 2014. Desde <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20502>.

² Ídem.



3.3 Decreto 820: Aprueba reglamento del fondo especial del servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol para financiar programas de prevención del consumo de drogas, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción

“Artículo 1º.- El presente Reglamento regula la forma de distribución de los recursos del Fondo Especial del artículo 46 de la ley Nº 20.000, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "el Fondo Especial", para financiar programas de prevención del consumo de drogas, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción; y los mecanismos y procedimientos que garantizan la transparencia de los actos tendientes a su traspaso...”³

3.4 Ley 19.966: Establece un régimen de garantías en salud.

El plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) -antes plan AUGE-, tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, más tarde aumentó a 69 y en julio de 2013 se aumenta a 80.

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.

³ Biblioteca del congreso nacional de Chile. Ley Chile. (n.f). Decreto 820. Obtenido el 27 de 05 de Mayo de 2014. Desde http://www.senda.gob.cl/transparencia/pdf/DECRETO_820.pdf.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Entre las 80 patologías cubiertas por el auge se encuentra, se encuentra en el número 53 el consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.

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
- Otras sustancias adictivas (excluyendo la cafeína y nicotina)
- Alucinógenos
- Disolventes volátiles
- Múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas

Garantía de 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.

Garantía de oportunidad:

Tratamiento: Inicio dentro de 10 días desde la confirmación diagnóstica.

Tabla n°2: *Garantía de 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 |

Cuadro 2: “Garantía protección financiera”, FONASA (2014).



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Capítulo II

Marco teórico



PRESENTACIÓN

El presente capítulo “Marco de teórico”, contiene los referentes teóricos y conceptuales que sustentan el proceso de investigación, desde los cuales se aborda la experiencia de Seminario de Título, a partir de los siguientes ejes temáticos:

En un primer momento se hace referencia al ciclo vital de los sujetos de estudio, el cual corresponde a Adolescencia, se abordan algunas características de dicha etapa. Posteriormente se aborda la temática de drogas, en la cual se definen conceptos y tipologías que dan una visión más acabada sobre ésta temática.

Por otra parte, se hace referencia al modelo ecológico de Bronfrenbrenner, el cual es un modelo que busca explicar cómo los factores individuales, del entorno y las características de los contextos influyen de modo significativo en la conducta humana.

El último eje temático dice relación con los conceptos de inclusión e integración escolar, luego se aborda desde el contexto de Chile y también desde las políticas públicas existentes.



1- Adolescencia

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es sólo un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años considerándose 2 fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

Según Papalia (2010), algunas de las características más representativas de la adolescencia son: los cambios físicos rápidos y profundos, el inicio de la madurez reproductiva, la difícil búsqueda y consolidación de la identidad, el desarrollo del pensamiento abstracto y el empleo del razonamiento científico. Además, se hace presente el egocentrismo en algunos comportamientos. Cabe destacar que la adolescencia temprana está llena de oportunidades, para el crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, pero también existen riesgos para el desarrollo saludable, tales como beber alcohol, abusar de las drogas, la pertenencia a pandillas, y el uso de armas de fuego entre otras.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en general, se consideran a los adolescentes como un grupo relativamente sano, sin embargo, corren variados riesgos en cuanto a padecer una enfermedad o sufrir una muerte prematura, esto es producido por una serie de elementos, tales como conductas de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, accidentes, suicidios, violencia, enfermedades prevenibles o tratables, consumo de tabaco y drogas.

2- Drogas

De acuerdo a Jáuregui (2007), en las sociedades occidentales existen dos tipos de drogas, cada una de ellas con conceptos e implicancias totalmente diferentes.

En primer lugar, hace referencia a aquellos “productos que procuran un equilibrio psicológico con efectos secundarios “reducidos”, los cuales



contribuyen a una mejora artificial, gracias a los medicamentos psicotrópicos, fármacos o drogas, permitiendo así apaciguar la angustia, estimular el humor, reforzar la memoria, calmar las conductas agresivas, entre otros aspectos”. De este modo es posible modificar la conducta humana mediante las percepciones mentales, evitando peligros para sí mismo o para los demás. El consumo de estos productos ayuda a encuadrar a las personas como individuos “normales” con la asistencia de estas drogas cada vez más perfectas.

Por otro lado, existe un abanico cada vez más extenso de sustancias igualmente psicotrópicas, es decir, drogas cuya finalidad es igualmente la modificación de percepciones mentales, pero que, al contrario de las otras, han sido estigmatizadas. Su utilización conduce a la adicción y repliegue hacia el interior del ser humano. Esta genera una dinámica de desestructuración individual que tiene consecuencias sobre lo social, generando características a-sociales. (Jáuregui I., 2007)

Pese a lo anterior, el concepto de droga evoca con mayor frecuencia, y de una manera espontánea, distintos tipos de imágenes relacionadas principalmente con sustancias ilegales o que producen una alteración importante de los estados de conciencia y de la percepción de la realidad. No es habitual que este concepto se asocie a otras sustancias legales como el alcohol, café y tabaco, aunque también son drogas en un sentido estricto, ya que igualmente poseen un efecto psicoactivo como las drogas ilegales, y pueden ser tan dañinas como éstas.

A causa de las variadas definiciones y concepciones existe cierta confusión por la amplitud de este concepto, de allí que se entienda de modo tan diverso.

3- Definición de Droga según Organización Mundial de la Salud:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. (Chacón M., 2004)



El Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol del Gobierno de Chile (SENDA) establece que, para que ciertas sustancias sean consideradas como droga, deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan.
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran mal estar somático o psíquico (dependencia física o psicológica)
- No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéutico. (SENDA, 2012)

Gracias a lo anterior es posible delimitar el Concepto de Droga a un universo más acotado, separándolo de aquellas de uso medicinal y aquellas consideradas lícitas. Sin embargo, la potencialidad nociva de las drogas aumenta dada la necesidad que esta genera de repetir su autoadministración, generando malestar físico o psicológico en caso de no hacerlo, llevando a la persona a lo que los médicos desde el siglo XIII llamaron *adicción*.

4- **Abuso:**

El concepto *abuso* etimológicamente proviene del latín “*abusus*”, de las palabras “*ab*” = contra y “*usus*” = uso. Es decir, un uso contrario al correcto o al indicado, se trata de “*cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general*”. (Latorre J. y otros, 2009:4)

5- **Dependencia:**

Como resultado del abuso, es decir el uso compulsivo de una droga o fármaco, se desarrolla un “*estado de adaptación biológica/o, psicológica y social que manifiesta trastornos fisiológicos, moderados o intensos, como resultado de la suspensión de la sustancia*”. (Latorre J. y otros, 2009:8). Al estado de adaptación mencionado con anterioridad se le denomina



dependencia, la cual tiene implicancias en tres ámbitos distintos del ser humano: ámbito psicológico, ámbito físico y ámbito social.

La *dependencia psicológica* es el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo) de repetir la administración de una droga para: a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia.

Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia. (Latorre J. y otros, 2009)

La *tolerancia* y el *síndrome de abstinencia agudo* son elementos claves que apoyan la idea de que los procesos de neuro-adaptación se han iniciado. La tolerancia a las drogas es una manifestación más acentuada de la tolerancia farmacológica en general. Esta última se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementarla para obtener el efecto inicial.

Cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, es decir, se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta un cuadro denominado *síndrome de abstinencia agudo* o de retirada, que se caracteriza por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce. (Latorre J. y otros, 2009)

En general, la tolerancia, la dependencia física y el síndrome de abstinencia agudo son fenómenos biológicos. Son consecuencias naturales del consumo de una sustancia. Se pueden producir no sólo cuando se consumen drogas, sino cuando se consumen ciertos medicamentos, aunque sean prescritos en indicaciones médicas apropiadas y en dosis correctas. La administración prolongada de los mismos puede generar tolerancia y el cese brusco de su administración puede desarrollar síndrome de abstinencia.

Un último tipo de dependencia está asociada al entorno, se denomina *dependencia social* y viene determinada por la “*necesidad de consumir la droga como signo de dependencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal*” (Latorre J. y otros, 2009:13).



El abandono de la sustancia puede generar en el drogodependiente graves crisis relacionales capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba comfortable. (Latorre J., y otros, 2009)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (DMS-IV), “la característica esencial de la *dependencia de sustancias* consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”, y añade que “existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” En este sentido la dependencia no es absoluta, sino un elemento cuantitativo de distinta magnitud, y en el extremo del espectro de la dependencia, se asocia a “consumo compulsivo”. (DSM-IV, 2000)

La OMS, en su clasificación CIE-10, designa todos los cuadros relativos al consumo de drogas de abuso como Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias.

6- Drogodependencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Según la OMS la drogadicción o drogodependencia (nombre técnico) es un estado de intoxicación, que puede ser periódica o crónica, causado por el consumo reiterado de una droga. La persona que padece de esta enfermedad desea, necesita y depende, de la droga a la cual se ha hecho adicta; y aún peor, tiende a aumentar la cantidad de dosis de la misma, debido a que la tolerancia de su cuerpo a esa sustancia también aumenta. (SENDA, 2012)

La aparición de dependencia a una droga, en una persona determinada, está en función de la acción conjugada de varios actores: *factores biológicos*, que pueden estar determinados genéticamente y que determinan la vulnerabilidad a la dependencia de drogas; *variables psicológicas*, que influyan en las expectativas de los efectos de las drogas o modulen los efectos de las mismas; la naturaleza del núcleo sociocultural general y del más inmediato y, por último, características *farmacodinamias* de la droga en cuestión en cuanto a sustancia empleada, cantidad utilizada, frecuencia del uso, vía de administración y finalidad. (Martínez M. y otros, 2002)



7- Tipos de Consumo de Drogas

Según los autores Barrera y Ríos, se distinguen distintos tipos de consumo de Drogas, las dos primeras son formas episódicas y las dos últimas son formas crónicas:

- **Consumo Experimental:**

Las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad del consumo. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de amigos o compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias. Los motivos de este consumo es variado, entre ellos: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo y búsqueda del placer y de lo desconocido.

- **Consumo Ocasional:**

Es el uso intermitente de una o varias sustancias, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Su principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla.

- **Consumo Habitual:**

Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee y las características de la persona o el entorno que le rodea. Es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito: por un lado aliviar el malestar psico-orgánico que la persona padece y, por otro, mantener el rendimiento. Las alteraciones del comportamiento son menores, no obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y auto administrársela.

- **Consumo Abusivo:**

Es un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin



número de consecuencias sociales. El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta, a pesar de las complicaciones que le puede ocasionar. (Barrera M. y otros, 2007)

8- Tipos de drogas

Existen variados criterios con los cuales se puede elaborar una clasificación de las drogas. El utilizado a continuación es el propuesto por el SENDA durante el año 2012:

- **Según sus efectos:** De acuerdo a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central, las drogas se clasifican en dos grupos: depresoras y estimulantes; algunos autores agregan un tercer grupo denominado distorsionadoras y aquí incorporan a los alucinógenos.
- Drogas estimulantes: El mecanismo de acción de estas drogas, corresponde a un fenómeno de excitación sobre las neuronas (células cerebrales), estimulando el funcionamiento del organismo. Así, las personas que las consumen estimulan superficialmente la agudeza mental y la actividad física; se sienten más alerta, con una sensación de euforia (alegría, excitación), poseen mejor estado de ánimo y mayor energía, deteriorando la calidad de las funciones habituales.
- Drogas depresoras: Los efectos de estas drogas son antagónicos a los estimulantes. Es decir, producen una inhibición en las células cerebrales, deprimiendo ciertas funciones del organismo. Actúan como calmantes o sedantes, pero a la vez fomentan en la persona un rol más pasivo, estando menos consciente de lo que sucede a su alrededor.
- Drogas distorsionadoras: Producen cambios en la forma como se percibe y/o interpreta la realidad. La persona entra en su propio mundo diferente de la realidad exterior. Algo similar a lo que ocurre en la psicosis.
- **Según su potencia de adicción:** La distinción más gruesa las clasifica en drogas blandas y drogas duras, se diferencian drogas que producen dependencia psíquica y drogas que producen dependencia física.
- **Según su origen:** Se distinguen las drogas naturales y las sintéticas. También se utiliza el tipo de precursor que le da origen. De este modo, se distinguen las derivadas del opio (opíáceos), las del género cannabis, los anfetamínicos, benzodiazepínicos, bebidas alcohólicas, etc.



- **Según su status legal y aceptación social:** Se diferencian drogas legales (tabaco, alcohol, y tranquilizantes) e ilegales; drogas de uso social y drogas ilícitas. (SENDA, 2012)

9- Consumo de drogas en la adolescencia

La literatura que existe en torno al inicio del consumo de drogas destaca que la prueba de dichas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia (Botvin, Baker, Dusembury, Turtu y Botvin, 1990; Botvin y Botvin, 1992; García-Señorán, 1994), como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento, y depende de la combinación de múltiples factores.

- **Nivel individual**

Factores individuales

Los factores relacionados con la dimensión personal aluden a la variable *edad*, como aquella que está fuertemente relacionada con el consumo de drogas; y la precocidad en el abuso de sustancias como uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia. Según Bailey y Hubbard (1991), la probabilidad de iniciarse en el consumo se incrementa entre 6° y 8°. Existe un considerable aumento del consumo en el periodo de transición de la enseñanza primaria a la secundaria, pudiendo ser esta una etapa vulnerable para la iniciación (García-Señorán, 1994). La edad crítica en el inicio del consumo de drogas podemos situarla entre los 11-12 y 15-16, aproximadamente, y varía en función de la sustancia.

En cuanto al *sexo*, en algunas investigaciones se aprecia una diferencia en el consumo de sustancias (García-Señorán, 1994; Kumpfer y Turner, 1991; Novacek, Raskin, Hogan, 1991), “generalmente los varones son más precoces y presentan un mayor consumo habitual. Sin embargo, debemos destacar que estas desigualdades han ido descendiendo a los largo del tiempo y para algunas sustancias el sexo ya no es una variable discriminante en el consumo pues las diferencias no alcanzan el nivel de significatividad”⁴.

Rasgos de personalidad, han acaparado mucha atención de investigadores, pero existen estudios contradictorios; por una parte hay

⁴ González Calleja, Francisco. García-Señorán, Mar. M. González González, Salvador G. Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema* [en línea]. 1996. Vol. 8, n°2, pp. 257-267 ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG. [fecha de consulta: 02 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=24>.



estudios que no manifiestan rasgos diferenciales de la personalidad del toxicómano versus los no consumidores y otros en donde se admite que hay una personalidad prototípica del toxicómano.

La búsqueda de sensaciones, Esta variable parece ser la más relevante (Luengo, Mirón y Otero, 1990). “La tendencia a buscar nuevas sensaciones puede interpretarse como una reacción frente a los sentimientos de “hastío y aburrimiento”, que experimentan los consumidores; también se ha relacionado con la necesidad real de una mayor estimulación (derivada de factores bio-fisiológicos), que caracteriza a estos sujetos”⁵.

Un *Alto nivel de inseguridad*, lo que conlleva a una *baja autoestima*, en la adolescencia es frecuente que surjan dudas acerca de la propia valía, la baja autoestima ha sido identificada como precursor del uso de sustancias del comportamiento delictivo en la adolescencia en algunos estudios (Crockett y Petersen, 1993). La autoestima sería un factor protector contra el abuso de drogas y la influencia de los compañeros.

Locus del control externo, los adolescentes con un locus del control externo son más influenciados por los amigos por los que podría influenciar el consumo de sustancias.

Rebeldía, es popular como precursor del consumo de drogas; un comportamiento rebelde suele estar vinculado con el uso más frecuente de sustancias ilegales.

Baja tolerancia a la frustración, algunos sujetos drogodependientes han vivido una situación estresante incontrolable que conlleva a una pérdida de control sobre el medio ambiente, así como de la propia existencia desencadenando un consumo abusivo de drogas. En otros casos son personas que no toleran la tensión, el dolor y las situaciones de espera. La depresión se agudiza en los adolescentes drogodependientes que viven una crisis de identidad más intensa y conflictiva.

Conocimiento, se cree que las personas que poseen un mayor conocimiento sobre los efectos dañinos de las drogas, son menos tolerantes con el uso de sustancias y es poco probable que desarrollen una adicción. Sin embargo esto es poco significativo en los adolescentes debido a que si posee bajo auto-concepto puede comenzar el abuso de sustancias para realzar su posición en su grupo de pares. En la adolescencia tiende a

⁵ González Calleja, Francisco. García-Señorán, Mar. M. González González, Salvador G. Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema* [en línea]. 1996. Vol. 8, n°2, pp. 257-267 ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG. [fecha de consulta: 02 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=24>.



ignorarse las consecuencias relacionadas con el uso de drogas. El adolescente cree que puede controlar su comportamiento y abandonar el uso de drogas cuando lo deseen.

Creencias, se conforman a lo largo del ciclo vital a través de la comunicación y el medio ambiente. La conducta del individuo está regulada por sus creencias y valores.

Actitudes, existe un vínculo entre las actitudes hacia las drogas y el comportamiento del consumo (Lignell y Davidhizar, 1991, Botvin y Botvin, 1992, García-Señoret, 1994)

Fishberin y Ajzen (1975) señalan que si se desea cambiar una conducta es necesario influir en las intenciones, lo que exige a su vez intervenir y cambiar las actitudes hacia la conducta y la norma subjetiva.

Expectativas, aquellos individuos que abusan de las drogas tienen expectativas diferentes de los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias (Novacek, Raskin, Hogan, 1991). En la medida en que las expectativas y el individuo esperan conseguir resultados más satisfactorios, puede observarse un mayor consumo.

Factores comportamentales, hace referencia al grado de implicación en diversos problemas conductuales así como también conductas desaprobadas socialmente. Las conductas problemáticas a edades tempranas son un buen predictor del consumo de drogas en la adolescencia y juventud; por otro lado el uso de una droga es un buen predictor del uso de cualquier otra.

- **Nivel microsocial**

Factores sociales

Influencias parentales, la familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar elicitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas (Denton y Kampfe (1991)). Existe un variado número de factores que influyen en el consumo de drogas, el modelo directo de los padres, las relaciones familiares deficitarias, actitudes de sobreprotección materna con conducta paterna ineficaz, prácticas educativas inadecuadas caracterizadas por una excesiva permisividad o dureza, incomunicación y tensión.

Influencia de los hermanos, según Brook, Whiteman, Gordon y Brook, 1989; García-Señorán, 1994, la influencia directa que ejercen los hermanos mayores a los menores es un factor de riesgo. Influencias a sus actitudes



frente al consumo pudiendo actuar además, como fuente de suministro de drogas; según estos autores, los hermanos podrían considerarse como un subgrupo especial de compañeros cuya influencia podría ser menor que la de los propios compañeros pero mayor a la ejercida por los padres.

Influencia de los compañeros-amigos, los amigos forman parte importante de la vida del adolescente, la mayoría de los jóvenes consumidores de drogas han sido inducidos al consumo por sus pares, ya sea, por presión del grupo, o por la aceptación a éste, se ha demostrado que un adolescente consumidor de drogas es más probable que tenga amigos consumidores de drogas que uno que no consume. También existe una fuerte interrelación entre la percepción del consumo de los amigos y el consumo propio. Cuando se producen cambios en dichas percepciones también se producen cambios en el consumo (Epstein et al., 1995).

Factores escolares, existen variables que se relacionan de manera significativa en el consumo de drogas: características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de absentismo escolar y una peor ejecución académica. Factores que también inciden en el fracaso escolar. “se ha detectado que en algunas escuelas las tasas de comportamiento desviado son más bajas; estas escuelas procuran que las clases sean relevantes e interesantes para los alumnos; a los estudiantes se le reconocen sus avances; las relaciones entre alumnos y profesores son satisfactorias. Todo ello mejora el rendimiento académico, acrecienta la autoestima y mejora el control de los alumnos sobre sí mismos”⁶.

- **Nivel macrosocial**

Influencia de los medios de comunicación, estos son percibidos por los jóvenes como medios fidedignos de información, cabe señalar, que los productos tabaco y alcohol se nos dan a conocer con mensajes sugestivos de salud, seguridad, encanto, atractivo, éxito social y sexual; con ello estimulan los deseos hacia la dirección deseada. Respecto a la influencia específica en el consumo de drogas ilegales, es difícil de establecer debido a la falta de control sobre la exposición de dichos mensajes.

Contexto social, las toxicomanías bajo el contexto de la salud, se relacionan con el estilo de vida que la población posee. La influencia de los modelos sociales parece importante en la iniciación del consumo. Un aspecto

⁶González Calleja, Francisco. García-Señorán, Mar. M. González González, Salvador G. Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema* [en línea]. 1996. Vol. 8, n°2, pp. 257-267 ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG. [fecha de consulta: 02 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=24>.



a mencionar es la “sociedad consumista”, nuestro ambiente está enraizado en la sociedad de consumo. Aunque los adolescentes sean dependientes económicos de sus padres (en su mayoría), cada vez más están adquiriendo poder adquisitivo, por lo que un sector creciente del mercado se dirige a ellos de forma exclusiva, dentro de este contexto, debe situarse el consumo de drogas. Nuestra sociedad incita al consumo para sentirse bien.

Oferta y disponibilidad de sustancias, existe una relación directa entre la disponibilidad de las drogas y el aumento del consumo, cuanto mayor sea la cantidad de droga en el mercado, un número mayor de personas se iniciará en el consumo, se consumirán mayores cantidades, y en número de individuos que se convertirán en consumidores habituales será mayor.

10-Tratamiento y rehabilitación

Ambos términos hacen referencia al “proceso de intervención dirigido a la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas, que incluye el desarrollo de un conjunto de acciones de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de rehabilitación de las drogodependencias se instrumentalizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales”⁷.

Según el Comité de Expertos en Fármaco dependencia de la OMS, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando las personas usuarias 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”⁸.

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, añade: “Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas, una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para 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”⁹.

⁷ *Tratamiento y rehabilitación*. (s.f.). Recuperado el 12 de mayo de 2014, de <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/t-z/>

⁸ CONACE. Ministerio del interior y seguridad pública. [en línea]: Lineamientos técnicos: tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. 2004. [fecha de consulta: 12 de Mayo de 2014]. Disponible en: www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/03/lineamientos_tecnicos_VF2.pdf

⁹ Manual sobre tratamiento del abuso de drogas, Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación, guía práctica de planificación y aplicación. Naciones unidas, oficina contra la droga y el delito, pág. II.2, 2003)



El tratamiento también tiene por objetivo reducir y suspender el uso de drogas y disminuir las consecuencias negativas para la salud, la vida individual, familiar y social. Las intervenciones en tratamientos de rehabilitación pueden variar según el país, ya que se pueden ver afectadas por el contexto político, económico, culturales y religiosos, entre otros que influyen en la forma en que se organiza, distribuyen y ejecutan los tratamientos.

El proceso de intervención en el tratamiento no solo busca favorecer el abandono del consumo si no también alcanzar éxitos en el desarrollo de un funcionamiento complementario entre la persona y su entorno social.

El trabajo multidisciplinario, el planteamiento de objetivos, la participación individual y en conjunto con la familia y la comunidad contribuirán a ofrecer múltiples alternativas terapéuticas de intervención para las personas en tratamiento de rehabilitación por consumo de drogas.

Los tratamientos están orientados hacia varios niveles: a las personas, a las familias, al contexto comunitario inmediato y al entorno social más amplio. La eficacia de una intervención terapéutica se funda en ciertos principios básicos, tales como la necesidad de fomentar el apoyo y la participación de personas, familias, comunidades y entidades proveedoras de servicios, y en la existencia de políticas y entornos propicios.

En el tratamiento coexisten los planos biológico, psicológico y social. A pesar de que cada profesional debe estar especializado en un área determinada, se constata la necesidad de intervenir desde una perspectiva multidisciplinaria, complementaria y sinérgica.

La intervención en el plano biológico coincide, en la práctica, con la intervención que realiza el médico en el área sanitaria mediante procedimientos y técnicas que generan las variables relativas a esta área. Por ejemplo, realizar la desintoxicación y otras terapias biológicas, tales como la prescripción farmacológica y el seguimiento y control de las patologías, la prevención y educación de comportamientos y hábitos relacionados con la salud, higiene, alimentación, sueño, conducta sexual, etc., es una intervención que tiene por objetivo disminuir y controlar los efectos que provocan las drogas en la psiquis y en el soma.



La intervención en el ámbito psicológico es aplicada por el psicólogo o médico con formación psicoterapéutica (médico psiquiatra, médico familiar con formación en terapia), mediante la utilización de procedimientos y técnicas relativas a su campo, asumiendo con ello la responsabilidad de la rehabilitación.

En el plano social, la intervención es responsabilidad de los trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales afines, además de los técnicos en rehabilitación, supervisados por profesionales, quienes deben utilizar técnicas que apoyen la reinserción familiar, social, educacional y laboral. En este plano, se trabaja incluso en el cambio de hábitos relacionados con el ocio, el tiempo libre y la adquisición de una red de apoyo social que no esté relacionada con el anterior estilo de vida de la persona en tratamiento.

La acción debe enfocarse en complementar todas las áreas para que sea efectiva, se debe abarcar las interacciones que se producen entre lo social, lo biológico y lo psicológico, dando lugar a la naturaleza biopsicosocial de la drogodependencia

11-Modelo Ecológico de Bronfenbrenner: Perspectiva del abuso de drogas.

Es un modelo que busca explicar cómo los factores individuales, del entorno y las características de los contextos influyen de modo significativo en la conducta humana. Su postulado básico es que “la ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos”¹⁰

Según acuñó Bronfenbrenner (1978) el “Ambiente Ecológico” es: “un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas. En el nivel más interno está el entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo. Puede ser su casa, la

¹⁰ Bronfenbrenner, 1987b: 40, definición 1.



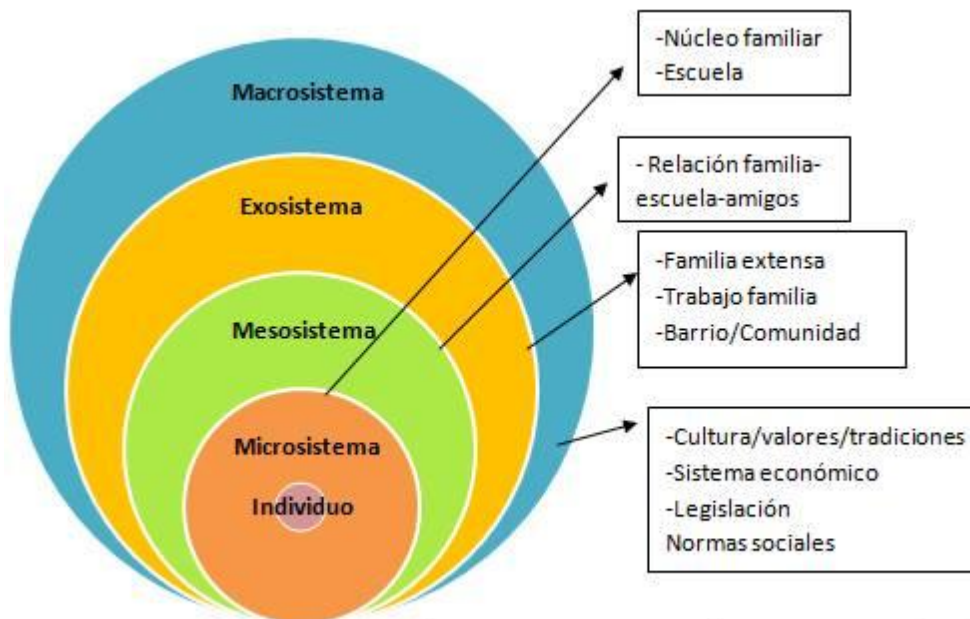
clase o, como suele suceder cuando se investiga, el laboratorio o la sala de test”¹¹

Se postulan cuatro niveles con sus respectivos subsistemas que operarían conjuntamente y afectarían directa e indirectamente el desarrollo del consumo de drogas y/o alcohol:

- a) Individuo: Patrón biológico, genético y de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en el entorno determinado en el que participa.
- b) Familia y pares: interrelaciones del individuo con uno o más de sus entornos más cercanos y en los cuales desarrolla su vida cotidiana.
- c) Barrio, escuela y trabajo: se refiere a los propios entornos (uno o más), en que la persona en desarrollo está incluida directa o indirectamente.
- d) Sistema sociocultural, legal y económico: la estructura social, económica y legislativa de un país actúa como determinante del consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias sociales. A mayor disponibilidad, sea económica (precios bajos por exceso de oferta), física (mayor disponibilidad de drogas, alto número de patentes y locales de expendio de alcohol), o cultural (publicidad incitante, mensajes en medios de comunicación que normalizan el consumo de drogas y alcohol), mayor consumo y mayor frecuencia de accidentes, violencia, delitos y enfermedades asociadas al consumo de estas sustancias.

¹¹ Bronfenbrenner, 1987b: 23.

Diagrama N°2: Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner



Fuente: Elaboración propia. Basado en modelo ecológico de Bronfenbrenner (1978).

Las características propias de estos cuatro niveles y subsistemas incidirían en la presencia o ausencia del consumo de drogas ilícitas y consumo de riesgo de alcohol, los cuales han sido denominados factores de riesgo y factores protectores respectivamente:

Tabla N°3: Factores protectores y factores de riesgo asociados a conductas de riesgo en adolescentes

| Factores de Riesgo | Factores Protectores |
|---|---|
| Comunidad | Comunidad |
| Disponibilidad de drogas | Provisión de Oportunidades en la comunidad |
| Disponibilidad de armas de fuego | Provisión de Reconocimiento en la Comunidad |
| Medios de comunicación con contenido violento | Vínculo o apego con la comunidad |
| Transiciones y movilidad | |
| Leyes y normas comunitarias favorables al uso de drogas, posesión de armas y crimen | |
| Bajo apego barrial y desorganización comunitaria | |
| Familia | Familia |
| Historial familiar de problemas en el | Vínculo o apego con la familia |



| | |
|---|---|
| comportamiento | |
| Problemas de manejo familiar | Provisión de oportunidades en la familia |
| Conflictos familiares | Provisión de reconocimiento familiar |
| Actitudes parentales e involucramiento favorable a los problemas de comportamiento | |
| Escuela | Escuela |
| Mal desempeño académico | Provisión de oportunidades en las escuelas |
| Falta de compromiso con la escuela | Provisión de reconocimiento en las escuelas |
| | Vínculo o apego con la escuela |
| Individuos | Individuos |
| Comportamiento antisocial precoz y persistente | Religiosidad |
| Rebeldía | Habilidades sociales |
| Amigos involucrados en los problemas de comportamiento | Creencias en el orden moral |
| Involucramiento en pandillas | |
| Actitudes favorables en los problemas del comportamiento | |
| Iniciación temprana en los problemas del comportamiento | |
| Factores constitucionales | |

Fuente: Communities That Care, C (2009). Communities That Care Prevention Strategic Guide. Communities That Care.

12-Principios educativos de la teoría de Bronfenbrenner

Para que un entorno ecológico favorezca los procesos de desarrollo deben darse dos condiciones complementarias: a) la creación de un “contexto de desarrollo primario” y b) de un “contexto de desarrollo secundario”. (Bronfenbrenner, 1985). Por contexto de desarrollo primario el autor entiende que el niño(a) debe poder observar e incorporarse a patrones de uso de actividad progresivamente más compleja, conjuntamente, o bajo la



guía o apoyo educativo de personas que posean conocimiento o destrezas todavía no adquiridas por el niño(a), y con las cuales se ha establecido una relación emocional positiva.

El contexto de desarrollo secundario dice relación con la posibilidad de ofrecer al niño o niña oportunidades, recursos y estímulos para implicarse en las actividades que ha aprendido en los contextos de desarrollo primarios, pero ahora sin la intervención activa o la guía directa de otra persona poseedora del conocimiento o destreza que supere a la del niño o niña. Investigaciones muestran que una buena relación educativa es aquella que parte de la disponibilidad, con una disciplina firme pero mostrando sensibilidad y estimulando la conducta independiente. Cuando se da una relación de apoyo del padre a la madre, de la madre al padre, del abuelo/a a los padres, de los amigos entre ellos, es decir, terceras partes colaboran se obtienen mejores resultados evolutivos. Por ejemplo, hijos o hijas de padres divorciados pero que mantienen una buena relación de apoyo obtienen más y mejores desarrollos socio-emocionales (Bronfenbrenner, 1987b).

- **La alienación en la escuela**

Urie Bronfenbrenner (1985), critica el hecho de que la escuela se ha ido aislando progresivamente del hogar y de la comunidad, lo que repercute en la conducta y en el desarrollo de niños y niñas, así como en su funcionamiento y su relación con el entorno. “(...) al trasladarse las escuelas hacia los suburbios de las ciudades, se convierten en complejos aislados física y socialmente de la vida de la comunidad, del vecindario y de las familias que la escuela pretende servir, así como también de la vida para la que se supone prepare a los niños. Este aislamiento se repite dentro de la misma escuela, en la que segrega a los niños en clases que suelen cambiar año en año. Además, las clases tienen poca o ninguna identidad social propia y pocas conexiones entre sí o con la escuela como comunidad activa. Esta relativa falta de vida comunitaria da más rienda suelta a las fuerzas destructivas de la segregación por edades, al ponerse juntas grandes cantidades de niños en especial con sus pares. Resulta significativo que los únicos adultos a los que se estimula para que entren en este mundo infantil suelen ser personas con un título universitario, y cuyos antecedentes en general no reflejan una rica diversidad de experiencia mundana”¹².

¹² Bronfenbrenner, Urie. La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano. Ediciones Paidós. 1979. Pág.: 255.



13-La integración e inclusión de los alumnos drogodependientes en el sistema educacional chileno.

La Educación Especial es la disciplina de la educación que por tradición se ha hecho cargo de la población escolar con discapacidad o dificultades más severas de aprendizaje. Desde sus inicios, estuvo estrechamente vinculada con las ciencias de la medicina y la psicología, disciplinas que condicionaron su desarrollo y evolución desde una concepción fundamentalmente orgánica e inherente al individuo.

La educación especial y de calidad se basa en el derecho de todos los alumnos a recibir una educación de calidad que satisfaga sus necesidades básicas de aprendizaje y enriquezca sus vidas. Al prestar especial atención a los grupos marginados y vulnerables, la educación especial procura desarrollar todo el potencial de cada persona. Su objetivo final es terminar con todas las modalidades de discriminación y fomentar la cohesión social.

Para introducir la temática de la drogodependencia dentro del sistema educacional especial en Chile es necesario tener en cuenta los siguientes conceptos:

14-Necesidades Educativas Especiales

La educación con enfoque inclusivo, aspira al desarrollo de las escuelas comunes para que todos los estudiantes, no obstante sus diversidades individuales, culturales y sociales ante el aprendizaje puedan acceder a una educación de calidad con equivalentes oportunidades de aprender y participar en el contexto escolar¹³.

- **¿Qué son las Necesidades Educativas Especiales (NEE)?**

Se considera que un estudiante presenta Necesidades Educativas Especiales cuando muestra dificultades mayores que las del resto de sus compañeros para acceder a los aprendizajes que le corresponden de acuerdo a su edad o curso y requiere para compensar dichas dificultades, apoyos extraordinarios y especializados, que de no proporcionárseles limitan sus oportunidades de aprendizaje y desarrollo.

¹³ UNESCO, 2000.



Las NEE surgen de la interacción entre las dificultades que presenta el estudiante y las condiciones (barreras) del contexto escolar, familiar y social en que vive, cuando éstos interponen barreras o no han desarrollado las capacidades y estrategias suficientes para responder a sus necesidades educativas.

La educación especial es reconocida en la Ley General de Educación como una modalidad educativa que desarrolla su acción en los distintos niveles del sistema escolar: en la educación de párvulos, básica, media, adultos; en escuelas especiales; y en escuelas y aulas hospitalarias.

Esta modalidad actúa a través de un conjunto de servicios, recursos humanos y técnicos, conocimientos y ayudas especializadas para favorecer la participación y progreso en los aprendizajes de los alumnos y alumnas que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE).

El enfoque de la educación especial es inclusivo, privilegia que los estudiantes que presentan NEE puedan aprender y participar con otros niños, niñas y jóvenes de su edad en el contexto de los establecimientos de enseñanza común, con los apoyos que requieran.

- **¿Cómo favorece la modalidad de educación especial el aprendizaje de los estudiantes que presentan NEE?**

Implementando, para ellos, apoyos y ayudas extraordinarias distintas a las habituales en el contexto escolar. Algunos estudiantes podrán necesitar estos apoyos de manera transitoria, y otros, de forma permanente durante todo su trayecto educativo.

Por ejemplo, un estudiante que presente NEE permanentes asociadas a un determinado tipo de discapacidad (motora, intelectual, sensorial, múltiple) podrá requerir apoyos especializados durante toda su vida escolar, los que serán de mayor o menor nivel de intensidad, dependiendo no solamente del grado de dicha discapacidad, sino de sus fortalezas y de la preparación del contexto (familiar, escolar, cultural, social) para favorecer su desarrollo y funcionamiento autónomo.

A su vez, otro estudiante con NEE transitorias que presentó severas dificultades para aprender a leer en su niñez, no necesariamente requerirá apoyos especializados durante toda su trayectoria escolar. Llegará un momento, y es lo esperable, que con las estrategias de aprendizaje adquiridas y con las metodologías y mediaciones que implementen los



profesores en la escuela, incluso con la ayuda de sus compañeros, pueda manejarse sin mayores dificultades en esta área.

Como señala la normativa, para la certificación médica de una discapacidad, déficit o trastorno asociado a NEE, puede dirigirse al consultorio o servicio de salud que le corresponda, o puede realizarla también a través de un profesional médico especializado del sistema público o privado de salud.

La modalidad de educación especial se puede desarrollar en:

- Establecimientos de educación común con Programa de Integración Escolar (PIE) de los niveles de parvularia, básica, media, y en la modalidad de educación de adultos.
- Escuelas Especiales.
- Escuelas y/o Aulas Hospitalarias.

15-Normativa Vigente en educación especial y Necesidades Educativas Especiales

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad/2008

Art. 24°: “...los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida...”;
“Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas.

- Ley General de Educación N° 20.370/2009

Art. 3°: Universalidad y educación permanente, Equidad del sistema educativo, Diversidad, Flexibilidad, Integración e Interculturalidad.

Art. 23°: “...modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles, tanto en los establecimientos de educación regular como especial...”

Art. 34°: “criterios y orientaciones de adecuación curricular que permitan a los establecimientos educacionales planificar propuestas educativas pertinentes y de calidad para estos alumnos.



Propósito central: Hacer efectivo el derecho a la educación, a la igualdad de oportunidades, a la participación a la no a la participación y a la no discriminación de las personas que presentan NEE garantizando su pleno acceso, integración y progreso en el sistema educativo.

Transitar a un enfoque basado en la diversidad:

- Avanzar hacia un modelo centrado en las necesidades educativas especiales
- Responder a las necesidades de cada estudiante
- Tener como referencia el Curriculum Nacional
 - Decreto 170/2009, ley 20.201 FIJA NORMAS PARA DETERMINAR LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES QUE SERÁN BENEFICIARIOS DE LAS SUBVENCIONES PARA EDUCACIÓN ESPECIAL

Art. 1º: El presente reglamento regula los requisitos, los instrumentos, las pruebas diagnósticas y el perfil de los y las profesionales competentes que deberán aplicarlas a fin de identificar a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales y por los que se podrá impetrar el beneficio de la subvención del Estado para la educación especial, de conformidad al Decreto con Fuerza de Ley N° 2, de 1998, del Ministerio de Educación.

Art. 2º: Para los efectos del presente reglamento se entenderá por:

a. Alumno que presenta Necesidades Educativas Especiales: aquél que precisa ayudas y recursos adicionales, ya sean humanos, materiales o pedagógicos, para conducir su proceso de desarrollo y aprendizaje, y contribuir al logro de los fines de la educación.

- Necesidades educativas especiales de carácter permanente: son aquellas barreras para aprender y participar que determinados estudiantes experimentan durante toda su escolaridad como consecuencia de una discapacidad diagnosticada por un profesional competente y que demandan al sistema educacional la provisión de apoyos y recursos extraordinarios para asegurar el aprendizaje escolar.

- Necesidades educativas especiales de carácter transitorio: son aquellas no permanentes que requieren los alumnos en algún momento de su vida escolar a consecuencia de un trastorno o discapacidad diagnosticada



por un profesional competente y que necesitan de ayudas y apoyos extraordinarios para acceder o progresar en el currículum por un determinado período de su escolarización.

b. Evaluación diagnóstica: constituye un proceso de indagación objetivo e integral realizado por profesionales competentes, que consiste en la aplicación de un conjunto de procedimientos e instrumentos de evaluación que tienen por objeto precisar, mediante un abordaje interdisciplinario, la condición de aprendizaje y de salud del o la estudiante y el carácter evolutivo de éstas.

Esta evaluación debe cumplir con el propósito de aportar información relevante para la identificación de los apoyos especializados y las ayudas extraordinarias que los estudiantes requieren para participar y aprender en el contexto escolar.

c. Procedimientos, instrumentos y pruebas diagnósticas: Aquellas herramientas y procedimientos de observación y medición que permiten evaluar de manera cuantitativa y/o cualitativa al estudiante en el ámbito de exploración requerido y que garanticen validez, confiabilidad y consistencia, así como obtener información certera acerca del o la estudiante, el contexto escolar y familiar en el que participa.

De acuerdo con lo anterior, los equipos de profesionales, deben utilizar prioritariamente, instrumentos, pruebas o test con normas nacionales. Asimismo, se deberá utilizar, de acuerdo con las instrucciones que establezca el Ministerio de Educación, las versiones más recientes de los test o pruebas que se definen en este reglamento, como también otros instrumentos que se desarrollen en el futuro. Sin perjuicio de lo anterior, los procesos de evaluación diagnóstica, siempre deberán considerar la aplicación de pruebas formales o informales de carácter pedagógico que contemplen áreas relacionadas con los aprendizajes curriculares logrados por el estudiante, correspondientes a su edad y curso y la apreciación clínica del evaluador.

- TÍTULO III, DEL DIAGNÓSTICO DE LOS ALUMNOS Y ALUMNAS BENEFICIARIOS(AS) DE LA SUBVENCIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DE CARÁCTER TRANSITORIO

Art. 20º: Serán beneficiarios de la subvención de necesidades educativas especiales de carácter transitorio aquellos que en virtud de un diagnóstico



conforme a la diversidad de estilos, capacidades y ritmos de aprendizaje de los y las estudiantes de un curso.

- Párrafo 4º, Rendimiento en pruebas de coeficiente intelectual en el rango límite, con limitaciones significativas en la conducta adaptativa.

Art.46º: Se entenderá por rendimiento en el rango límite a la obtención de un puntaje entre 70 a 79, ambos inclusive, en una prueba de evaluación psicométrica de coeficiente intelectual, que cumpla los requisitos de confiabilidad y validez estadística y que posea normas estandarizadas para la población a la que pertenece el alumno evaluado.

Art. 47º: El rendimiento del estudiante, sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, tiene las siguientes características:

- a) Presenta en las distintas áreas del currículo un aprendizaje más lento y/o dificultoso, a pesar de la aplicación de las medidas pedagógicas pertinentes, incluyendo el apoyo personalizado.
- b) Presenta dificultades para la adquisición de habilidades prácticas, sociales y/o conceptuales necesarias para un buen funcionamiento en la vida diaria, de acuerdo a su edad y contexto de referencia.
- c) Las dificultades presentadas no obedecen a un déficit sensorial, motor, o a discapacidad intelectual, como tampoco se deben a trastornos psicopatológicos, ni emocionales severos, ni a la pertenencia del estudiante a una distinta comunidad lingüística, cultural o étnica.
- d) Para participar y progresar en el currículo, estos estudiantes requieren de respuestas educativas flexibles y ajustadas a sus necesidades y de la entrega de apoyos específicos de diverso tipo e intensidad.

16-Programa de Integración Escolar (PIE).

Un Programa de Integración Escolar (PIE) es una estrategia inclusiva en el sistema escolar que permite el mejoramiento continuo de la calidad de la educación en los establecimientos educacionales, favoreciendo la presencia en la sala de clases, la participación y el progreso en los aprendizajes de todos y cada uno de los estudiantes, especialmente de



aquellos que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), sean éstas de carácter permanente o transitorio.

Sin embargo, se debe aclarar, que si bien cualquier establecimiento escolar de enseñanza común puede tomar la decisión de implementar un Programa de Integración Escolar (PIE) para sus alumnos que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), no todos lo ofrecen ya que esta implementación es voluntaria.

El programa de Integración (PIE), se puede desarrollar en un establecimiento educacional o en grupos de establecimientos, como es el caso de los PIE comunales, en ambos casos, los sostenedores y equipos directivos de los establecimientos tienen la responsabilidad de liderar las distintas fases de su elaboración, implementación y evaluación. También se puede implementar un PIE en escuelas rurales uni/bidocentes o multigrado, en este caso, se considerará como sinónimo de curso el aula multigrado, para los efectos que establece el DS N° 170/9.

En general todos los establecimientos que imparten educación regular o común y reciben subvención escolar del Estado, pueden contar con un Programa de Integración (PIE).

Respecto a los niveles de enseñanza que atienden los Programas de Integración (PIE) en educación regular y considerando la estructura de enseñanza del sistema escolar regular y de acuerdo con la Ley General de Educación (LGE), este programa atiende a alumnos de los niveles NT1; NT2; Educación Básica y Media hasta llegar a la Educación de Adultos.

- **Consideraciones básicas en la ejecución de un PIE¹⁴**

1) Estrategias Diversificadas

- Panorama del Curso
- Registro de las estrategias que aplicará el/la docente

2) Trabajo colaborativo

- Acciones que se implementan
- Organización de los apoyos

¹⁴ Registro de Planificación y Evaluación del curso en Programas de Integración Escolar. Unidad de Educación Especial, 2013



3) Respuesta a la diversidad y adecuaciones curriculares

- Estrategias de respuesta a la diversidad
- Estrategias para adecuar o flexibilizar el currículo
- Estrategias y procedimientos de evaluación de aprendizaje

4) Plan de apoyo individual

- Es la planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje para responder a las NEE que presenta el estudiante, después de un proceso de evaluación integral e interdisciplinaria.

5) Estrategias del trabajo con la familia y comunidad

- Describir las estrategias para la participación de la familia y la comunidad que se planean durante el proceso de planificación, de aprendizaje, para evaluar, etc.

17-Inclusión e integración educativa

- **Inclusión educativa:**

La UNESCO define la inclusión educativa en su documento conceptual así: “La inclusión se ve como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación. Involucra cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, con una visión común que incluye a todos los niño/as del rango de edad apropiado y la convicción de que es la responsabilidad del sistema regular, educar a todos los niño/as.”

Se basa en el principio de que cada niño/a tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje distintos y deben ser los sistemas educativos los que están diseñados, y los programas educativos puestos en marcha, teniendo en cuenta la amplia diversidad de dichas características y necesidades.

Se ocupa de aportar respuestas pertinentes a toda la gama de necesidades educativas en contextos pedagógicos escolares y extraescolares.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Lejos de ser un tema marginal sobre cómo se puede integrar a algunos estudiantes en la corriente educativa principal, es un método en el que se reflexiona sobre cómo transformar los sistemas educativos a fin de que respondan a la diversidad de los estudiantes.

La educación inclusiva es una aproximación estratégica diseñada para facilitar el aprendizaje exitoso para todos los niño/as y jóvenes. Hace referencia a metas comunes para disminuir y superar todo tipo de exclusión desde una perspectiva del derecho humano a una educación; tiene que ver con acceso, participación y aprendizaje exitoso en una educación de calidad para todos.

Busca remover todas las barreras para el aprendizaje, y facilitar la participación de todos los estudiantes vulnerables a la exclusión y la marginalización.

Significa que todos los estudiantes reciben los soportes que requieren para tener la oportunidad de participar como miembros de una clase o aula regular, con pares de su misma edad y de contribuir a sus colegios del vecindario.

Inclusión significa posibilitar a todos los estudiantes a participar de lleno en la vida y el trabajo dentro de las comunidades, sin importar sus necesidades. Es el proceso de mayor participación de los estudiantes en el colegio y la reducción de la exclusión de las culturas, el currículo y la comunidad de los colegios locales.

La inclusión se ve más como un enfoque de la educación que como un conjunto de técnicas educativas.

Dyson destaca que la inclusión simplemente denota una serie de amplios principios de justicia social, equidad educativa y respuesta escolar.

La *educación inclusiva* significa que todos los niño/as y jóvenes, con y sin discapacidad o dificultades, aprenden juntos en las diversas instituciones educativas regulares (preescolar, colegio/escuela, post secundaria y universidades) con un área de soportes apropiada. Más que el tipo de institución educativa a la que asisten los niño/as, tiene que ver con la calidad de la experiencia; con la forma de apoyar su aprendizaje, sus logros y su participación total en la vida de la institución.

- **Integración educativa**

Se habla de integración escolar de niños, niñas y/o adolescentes con necesidades educativas especiales (NEE) en relación a la incorporación de



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



estos alumnos a las escuelas “comunes” en las que puedan compartir con otros niños que no necesariamente presenten alguna dificultad en relación al aprendizaje.

La idea de la integración escolar se basa en el paradigma de que es más productivo para todos un grupo heterogéneo que uno –supuestamente– homogéneo y que con la inclusión en el aula de niños y niñas con NEE se benefician tanto unos como otros.

Lo más común es que en una escuela los alumnos tengan una serie de necesidades educativas comunes y que algunos tengan alguna necesidad individual que el docente resolverá con una explicación en el recreo o una ejercitación extra. En el caso de los niños con NEE, hace falta incorporar la figura del “docente integrador”, un adulto especializado que disponga de los recursos que el docente común no maneja y que pueda acompañar al niño en el aprendizaje de los contenidos y en el aprendizaje de los vínculos.

Por lo general, los niños y niñas con NEE trabajan con un currículo adecuado a sus posibilidades que se redacta en equipo, es decir, entre los docentes y los distintos especialistas que estén atendiendo al alumno.

Pero una integración escolar no está completa si sólo se da con la presencia del niño en el grupo, cumpliendo con las actividades del curso – adaptadas o no-, sino que requiere un trabajo de docentes, directivos y especialistas para que esa integración se dé también a nivel social, dentro y fuera de la escuela.

En el momento de decidir una integración escolar hay que tener en cuenta que todos los colegios tienen la obligación de recibir a los alumnos con capacidades diferentes que deseen inscribirse, aunque como padres no se puede dejar de reconocer que no es lo mismo llevar a un hijo a una escuela que lo aceptó “porque estaba obligada” que a otra que se comprometió en un proyecto de trabajo y acompañamiento de ese chico.

Los docentes deberán trabajar, así, con el niño integrado y su familia y con el grupo de pares y de padres, para que el vínculo resulte positivo para ambas partes: la capacidad de reconocer y aprender a convivir con las diferencias, la solidaridad y la tolerancia son algunos de los valores que se ponen en juego en ese momento y que se trabajan a largo plazo, porque la experiencia de compartir desde pequeños con compañeros con distintas



necesidades produce adultos que se relacionan de otra manera con las personas que tienen necesidades especiales.

Como sociedad, la integración escolar es un camino necesario que apenas hemos empezado a recorrer pero que promete enormes beneficios para hoy y para mañana.

- **¿Integración o inclusión?**

Incluir e integrar tienen significados muy parecidos, lo que hace que en muchas ocasiones se utilicen ambas palabras indistintamente. Sin embargo, en los movimientos sociales, inclusión e integración representan filosofías totalmente diferentes, aun cuando tengan objetivos aparentemente iguales, o sea, la inserción de las personas con discapacidad en la sociedad.

La escuela inclusiva se construye sobre la participación y los acuerdos de todos los agentes educativos que en ella confluyen. Considera el proceso de aprendizaje del alumnado como la consecuencia de su inclusión en el centro escolar. Surge de una dimensión educativa cuyo objetivo se dirige a superar las barreras con las que algunos alumnos y alumnas se encuentran en el momento de llevar a cabo el recorrido escolar. Con una escuela inclusiva se trata de lograr el reconocimiento del derecho que todos tienen tanto a ser reconocidos, como a reconocerse a sí mismos como miembros de la comunidad educativa a la que pertenecen, cualquiera que sea su medio social, su cultura de origen, su ideología, el sexo, la etnia o situaciones personales derivadas de una discapacidad física, intelectual, sensorial o de la sobredotación intelectual.

En esta escuela que se propone, el desarrollo de la convivencia se realiza a través del diálogo. Los conflictos se transforman en una oportunidad para el desarrollo personal y social, porque permite la aproximación entre los agentes en conflicto y el desarrollo de su aprendizaje.

Podemos establecer algunas de las diferencias entre integración e inclusión, como bien señalan Arnaiz (2003) y Moriña (2002).



Tabla n°4: “Diferencias entre integración e inclusión”. Según Amaiz(2003) y Moriña (2002).

| ESCUELA INTEGRADORA | ESCUELA INCLUSIVA |
|--|---|
| Centrada en el diagnóstico | Centrada en la resolución de problemas de colaboración. |
| Dirigida a la : Educación especial (alumnos con NEE) | Dirigida a la : Educación en general (todos los alumnos) |
| Basada en principios de igualdad y competición | Basada en principios de equidad, cooperación y solidaridad (valoración de las diferencias como oportunidad de enriquecimiento de la sociedad) |
| La inserción es parcial y condicionada | La inserción es total e incondicional |
| Exige transformaciones superficiales. | Exige rupturas en los sistemas (transformaciones profundas) |
| Se centra en el alumno (se ubica al alumno en programas específicos) | Se centra en el aula (apoyo en el aula ordinaria). |
| Tiende a disfrazar las limitaciones para aumentar la posibilidad de inserción. | No disfrazo las limitaciones, porque ellas son reales. |

Elaboración propia basada en Amaiz (2003) y Moriña (2002)

Para llevar a la práctica en la escuela un modelo que potencie la educación inclusiva es necesario que todo el personal educativo (Ferrer y Martínez, (2005), en especial los profesores, tengan una visión y un actitud positiva acerca de la inclusión (Cardona, Cook, Semmel y Gerber, 1999). Si no se da el caso, el desarrollar dicho modelo será bastante complicado. Por tanto, una de las premisas fundamentales que se deben cumplir para que el modelo se desarrolle de manera adecuada es que se dé una implicación activa del profesorado y la comunidad educativa en general.

Cuando no se tienen en cuenta las diferentes necesidades y ofrecemos a todos lo mismo, no hacemos sino ignorar la diversidad generando aún más desigualdad. Esto nos lleva necesariamente a buscar las herramientas que den la oportunidad de participar a todos, de desarrollar capacidades comunes por diferentes vías, porque si no estaremos favoreciendo a unas personas sobre otras.



18-Educación especial e inclusiva en Chile

En nuestro país es el ministerio de educación el organismo encargado de generar políticas a beneficio de los alumnos y alumnas que posean necesidades educacionales especiales o barreras para el aprendizaje.

El MINEDUC define la educación especial como : “Una modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles educativos, tanto en los establecimientos de educación regular como en los establecimientos de educación especial, proveyendo un conjunto de servicios, recursos humanos, recursos técnicos, conocimientos especializados y ayudas, con el propósito de asegurar, de acuerdo a la normativa vigente, aprendizajes de calidad a niños, niñas, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales (NEE), de manera que accedan, participen y progresen en el currículum nacional en igualdad de condiciones y oportunidades (Ley General de Educación y Ley 20.422).” (MINEDUC, 2013)

En Chile a partir de la década de los 90, se suceden una serie de acontecimientos que denotan un mayor esfuerzo y voluntad política por parte del estado y la sociedad civil, para avanzar en el camino de la integración educativa y hacer frente a los desafíos que ésta exige.

En este contexto marcan un hito histórico, la aprobación del Decreto de Educación N° 490/90, que establece las normas para implementar proyectos de integración escolar, los cuales posibilitan que los establecimientos educacionales perciban para estos efectos, una subvención especial por alumno integrado. La promulgación de la Ley 19.284/94 que sienta las bases legales para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, la creación del Fondo Nacional de Discapacidad (1994) y, posteriormente el Decreto Supremo N° 1/98 que aprueba el reglamento del capítulo sobre educación de la mencionada ley, proporcionando el marco legal que regula el acceso, permanencia y progreso de los alumnos con discapacidad en la educación regular.¹⁵

Estos avances en el plano legal, junto a las políticas de mejoramiento de la calidad de la educación con equidad, impulsados por el Ministerio de Educación a través de la Reforma Educacional en curso, crean un escenario cada vez más propicio para la integración escolar, que se manifiesta en la puesta en marcha de múltiples y variadas experiencias a lo largo de todo el país. De hecho, en la actualidad es posible advertir un número creciente de

¹⁵ Nueva perspectiva y visión de la educación especial, Ministerio de Educación. 2004.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



proyectos de integración, gestionados por escuelas particulares y municipales, que acceden a recursos de la subvención escolar de educación especial, bajo la aprobación y supervisión del Ministerio de Educación. Por otra parte, el FONADIS está jugando un rol significativo mediante aportes técnicos y económicos para el desarrollo de proyectos que favorecen la integración educativa. Algunos de estos proyectos han nacido por iniciativa de las propias escuelas regulares. Otros son resultado de acciones de colaboración entre escuelas especiales y escuelas básicas.

El sistema educativo contempla distintas opciones, entre las cuales se encuentran: las escuelas especiales, que atienden alumnos con discapacidad sensorial, intelectual, motora, de la relación y comunicación y trastornos específicos del lenguaje; los establecimientos de educación regular con proyectos de integración escolar y con grupos diferenciales, para aquellos alumnos que presentan discapacidad y dificultades de aprendizaje. Otra opción que es muy importante en materia de equidad son las escuelas y aulas hospitalarias para niños hospitalizados.

En el presente año, en el sistema educacional son 129.994 los alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales y que reciben apoyos especializados. De éstos, 100.521 asisten a escuelas especiales y 29.473 son alumnos y alumnas de escuelas y liceos con proyectos de integración, alcanzando el 3,7% del total de la matrícula del país.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Capítulo III

Diseño Metodológico



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Presentación

El siguiente capítulo está referido al diseño de la investigación el cual da cuenta del problema de investigación, el tipo y enfoque de investigación, su fundamentación, diseño de la muestra, objetivos y preguntas de investigación, etc., además del tipo de instrumentos que se utilizarán en la recolección de datos, finalmente se expondrá el Cuadro Resumen de la Investigación.



1- Problema de investigación

El equipo seminarista ha recopilado diversos antecedentes acerca de la temática de la inclusión escolar de niños, niñas y adolescentes, y ha detectado que existe un total desconocimiento sobre la situación de la inclusión escolar de un grupo particular de nuestra población: adolescentes que se encuentran en tratamiento por consumo problemático de drogas.

El equipo seminarista trabajará en conjunto con el Centro de Tratamiento Ambulatorio de la comuna de Quilpué (C.T.A), centro que es el encargado de las fases de tratamiento y rehabilitación de adolescentes drogodependientes pertenecientes a las provincia de Marga-Marga.

Por tanto el problema de investigación planteado por el equipo seminaristas es que se desconoce la situación de la inclusión escolar de los adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas pertenecientes al Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) de la comuna de Quilpué.

2- Delimitación del problema

El presente seminario de título es un estudio descriptivo que busca investigar la inclusión escolar de adolescentes con consumo problemático de drogas pertenecientes al Centro de Tratamiento Ambulatorio de la comuna de Quilpué. Se pretende investigar el fenómeno social de la inclusión de este grupo específico de adolescentes, por lo tanto, los sujetos de la acción investigativa serán adolescentes que encuentren en tratamiento por consumo problemático de drogas en el Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) y deben estar matriculados académicamente en algún establecimiento de la Provincia del Marga-Marga. También serán sujetos de investigación los docentes quienes deberán desempeñar sus labores académicas en alguno de los establecimientos educacionales en los cuales uno o más adolescentes en tratamiento se encuentren asistiendo regularmente; además, se considerará para este estudio a la familia de los adolescentes en tratamiento y se entenderá por familia a aquella que esté unida por vínculo de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción, que vivan juntos bajo el mismo techo por un periodo indeterminado de tiempo, y/o quien sea tutor(a) legal del menor o su tutor(a) en el proceso de tratamiento. Finalmente, colaborarán de en investigación los profesionales del Centro de Tratamiento Ambulatorio de la comuna de Quilpué.



3- Antecedentes Metodológicos

3.1- Enfoque de investigación y tipo de estudio

- **Método mixto o combinado:**

Los métodos mixtos son una estrategia de investigación con el cual se recolectan, analizan y se integran datos cuantitativos y cualitativos en un único estudio (Creswell y Plano Clark, 2006). Constituyen una clase de diseño de investigación en la que implementan aproximaciones cuantitativas y cualitativas en las preguntas, métodos de investigación, recolección de datos y procedimientos de análisis e interpretación (Tashakkori y Teddlie, 2009).

La investigación mixta aumenta la posibilidad de ampliar las dimensiones de la investigación y el sentido de entendimiento del fenómeno de estudio es mayor y más profundo (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008).

En resumen los métodos mixtos significan mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de comprensión.

Una característica principal del diseño mixto de investigación es el pragmatismo. Este paradigma sostiene que para los investigadores la importancia está en las aplicaciones, lo que funciona, lo que resuelve y aporta respuestas a las preguntas de investigación (Creswell, 2008). Se acepta la posibilidad de colocar varias alternativas en un solo estudio y estar abierto a todas las posibilidades que puedan resultar.

Los enfoques mixtos representan un intento por legitimar la utilización de varios enfoques para resolver los planteamientos del problema de investigación, más que limitar las opciones del investigador.

Principales fortalezas y retos potenciales de la investigación mixta¹⁶

- Las palabras, los materiales audiovisuales y otros elementos narrativos pueden ser usados para agregar significado a los números.
- Los números pueden ser utilizados para agregar precisión a las palabras, materiales audiovisuales y otros elementos narrativos.

¹⁶ Hernández Sampieri, Metodología de la investigación, 2010, pág. 30.



- La investigación mixta se nutre de las fortalezas de la investigación cuantitativa y cualitativa.
- Puede contestar un espectro más amplio y completo de preguntas de investigación.
- Cubre más de una función investigativa, no se limita únicamente a validar datos de un tipo.
- Los(as) investigadores(as) pueden usar las fortalezas de un método para cubrir las debilidades potenciales del otro.
- Normalmente produce evidencia más contundente para soportar las conclusiones a través de la convergencia y corroboración de descubrimientos.
- Se puede agregar mayor perspicacia y más elementos para entender el fenómeno estudiado.
- Es más difícil que el investigador(a) pase por alto cuestiones relevantes sobre el fenómeno de interés.
- Incrementa la posibilidad de generalizar los resultados.
- Produce un conocimiento más completo, holístico e integral a la teoría y a la práctica.

Redes potenciales

- En ocasiones puede ser difícil conducir una investigación cuantitativa y cualitativa en el mismo proyecto por razones de falta de recursos, experticia, tiempo, desconocimiento de usuarios, etc.
- Los(as) investigadores(as) necesitan no sólo saber cómo efectuar estudios cuantitativos y cualitativos, sino cómo integrar y mezclar de manera efectiva los resultados de ambas aproximaciones.

Barreras

De acuerdo con Bryman (2007) se pueden presentar diversos factores que impidan la integración de los enfoques cuantitativos y cualitativos, y deben tomarse en cuenta al efectuar un estudio mixto:

- Ritmos y Tiempos
- Audiencias distintas
- Preferencias metodológicas



- Falta de entrenamiento, conocimiento y habilidades.

Los elementos fundamentales de los diseños mixtos es que recolecte, analice, interprete y reporte datos cuantitativos y cualitativos, de tal manera que los métodos o aproximaciones sean complementarios; para lo cual se requiere una auténtica y genuina integración, esto significa que ambas ramas se encuentren relacionadas de manera significativa. Desde luego el vínculo CUALI/CUANTI puede ser mayor o menor, pero es necesario al menos que tenga en el apartado de discusión del reporte de la investigación (descubrimientos e inferencias). Así mismo, el producto final (mixto) tiene que ser más que la suma de sus partes cuantitativas y cualitativas.

❖ Tipo de estudio: Descriptivo

Según Dankhe (1986), citado de Sampieri y otros (2010), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómenos o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ella independientemente, para así, describir lo que se investiga.

El propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Asimismo según Pastén (2008), los estudios descriptivos proveen a los investigadores de una gran cantidad de información respecto a muchos grupos sociales. La descripción de ciertas características de un muestreo o de una población de elementos, permitirá al investigador en fecha posterior elaborar diseños más acuciosos de investigación experimental¹⁷.

Citando nuevamente a Pastén (2008), la investigación descriptiva es aquella que describe distinto fenómenos, en este caso, el fenómeno de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Este tipo de investigación presenta las siguientes características¹⁸:

- 1- La formulación del problema es mucho más precisa que en la investigación exploratoria.

¹⁷ Pastén, F. (2008). Metodología de la Investigación Social. EDEVAL IV Edición. Valparaíso. Pág. 20.

¹⁸ Pastén, F. (2008). Metodología de la Investigación Social. EDEVAL IV Edición. Valparaíso. Pág. 68



- 2- El foco de atención está puesto en el problema o tema principal (variable dependiente).
- 3- Lo fundamental es caracterizar el problema estudiado en la forma más amplia y completa posible, dejando para una etapa posterior la búsqueda de los factores con los cuales está asociada.
- 4- Puede o no llevar hipótesis. Es habitual, eso sí, que la hipótesis sea una consecuencia de la investigación realizada.
- 5- Las unidades de análisis pueden ser de diversa naturaleza y de variado número. Hay preferencia por investigar unidades que sean representativas del universo o bien colectivos completos. Pueden ser también una sola unidad: una persona típica, un país, una región, un grupo humano, una organización social, etc.
- 6- Pueden darse distintas formas de investigación descriptiva, según el número de unidades de análisis.
- 7- También puede tratarse de estudios sincrónicos (estáticos). Ejemplo: Monografía de una organización. También puede ser estudios diacrónicos (proceso en el tiempo). Ejemplo: investigación histórico-descriptiva.

3.2- Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de información.

Las técnicas a utilizar en la presente investigación son: La encuesta en modalidad descriptiva, entrevistas semi-estructuradas y análisis de contenido

- **La encuesta en modalidad descriptiva**

Según Pastén (2008), la encuesta es una técnica cuantitativa, que consiste en la observación, por medio de preguntas directas o indirectas, de poblaciones, de unidades relativamente numerosas, colocadas en situaciones naturales, destinada a obtener respuestas susceptibles de ser sometidas a análisis cuantitativo.

Las encuestas descriptivas, tal y como su nombre lo indica, apuntan a describir un hecho social específico, una realidad social, su tipo de muestra



es representativa. Para que la encuesta sea llevada a cabo de manera óptima, es necesario seguir el siguiente procedimiento¹⁹:

- a) Propósitos generales de la encuesta.
- b) Definición del hecho o fenómeno a estudiar.
- c) Definición de la población a estudiar y determinación del lugar donde se realizará la investigación.
- d) Formulación del sistema de hipótesis relativo al objeto de estudiado.
- e) Decisión sobre el tipo de instrumento a utilizar: cuestionario, test, etc.
- f) Plan de análisis de los resultados. Dicho plan resultará de la fusión del plan y de la conceptualización inicial, en combinación con la experiencia recogida durante el trabajo de campo y los resultados obtenidos

- **Entrevista Semiestructurada²⁰**

Son aquellas entrevistas en que el entrevistador parte de un plan general, en que tiene en cuenta el tema o los temas que desea encarar durante la entrevista, pero se permite que sea el entrevistado quien, durante la conversación, vaya desarrollando cada uno de los temas, con la dirección, profundidad y método que le resulte más atractivo.

Este tipo de entrevista debe asemejarse lo más posible a una charla. Poniendo las cosas en su extremo, es conveniente que el entrevistador no tenga ninguna guía escrita que le indique cuales son los temas a tratar durante la entrevista. Para que eso se logre, es indispensable que el investigador tenga íntima y profundamente el conocimiento necesario sobre el tema a investigar. Únicamente con ese conocimiento el entrevistador puede lograr, por un lado, que sus reacciones (en forma de pregunta o de gestos que dirijan la conversación), sean espontáneamente adecuadas y, por otro, para que su esfuerzo se centre en comprender al entrevistado y no en pensar cuáles son las preguntas que debe ir haciendo o cuáles deben ser, en cada caso, sus reacciones.

¹⁹ Pastén, F. (2008). Metodología de la Investigación Social. EDEVAL IV Edición. Valparaíso. Pág. 157

²⁰ Saltalamachia, Homero. Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa. Tomo III, capítulo I. Pág. 55-56.



Entre las ventajas de la entrevista semiestructurada podemos incluir las siguientes:

- a) Permiten la aparición de lo imprevisto;
- b) Permiten explorar un universo poco conocido;
- c) Permiten la co investigación; esto es, la búsqueda, en colaboración con el entrevistado, de la información o interpretación más adecuada para comprender los procesos evaluados;
- d) Estructuran menos el proceso de asociación y memorización del entrevistado con lo que se logra una mayor autenticidad en la articulación de las respuestas;
- e) Permiten que el entrevistado exprese sus opiniones de la manera que le parezca más adecuada;
- f) Permite que se despliegue un contexto expositivo que aclarará las respuestas del entrevistado, posibilitando una comprensión más profunda sobre temas complejos.

- **Análisis de contenido**

El análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa. Krippendorff (1980) extiende la definición de análisis de contenido a una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos respecto a su contexto.

Según Berelson (1971), señala varios usos del análisis de contenido, entre lo que destacan:

- Describir tendencias en el contenido de la comunicación.
- Develar diferencias en el contenido de la comunicación (entre personas, grupos, instituciones, países).
- Comparar mensajes, niveles y medios de comunicación.
- Auditar el contenido de la comunicación y compararlo contra estándares u objetivos.
- Construir y aplicar estándares de comunicación (políticas, normas, etc.).



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



- Medir la claridad de los mensajes.
- Descubrir estilos de comunicación.
- Identificar intenciones, apelaciones y características de comunicadores.
- Revelar “centros” de interés y atención para una persona, un grupo o una comunidad.
- Determinar el estado psicológico de personas o grupos.
- Obtener indicios del desarrollo verbal.
- Anticipar respuestas a comunicaciones.
- Reflejar actitudes, valores y creencias de personas grupos o comunidades.
- Cerrar preguntas abiertas.

❖ **Programa de análisis de datos estadísticos *Statistical Package for the Social Sciences* “SPSS”²¹**

SPSS son las siglas de *Statistical Package for the Social Sciences*, que en su traducción al castellano quedaría como “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales”.

Se trata de un programa o software estadístico que se emplea muy a menudo en las ciencias sociales y, de un modo más específico por las empresas y profesionales de investigación de mercados. Además, el SPSS permite recodificar las variables y registros según las necesidades del usuario, esto es, si en algún momento precisamos expresar alguna variable de otra forma, no hay ningún problema. La principal ventaja o la razón de su tremenda popularidad radica en la capacidad que presenta SPSS para trabajar con bases de datos de gran tamaño.

El SPSS es un programa estadístico fácil de utilizar que implementa menús que permiten realizar análisis complejos de manera rápida y sencilla. Previo a todo ello se debe tener clara la metodología de actuación.

SPSS lleva a cabo las tres etapas claves para la realización de un estudio estadístico:

- a) Implementa de forma organizada y ordenada la base de datos;

²¹ <http://www-01.ibm.com/software/es/analytics/spss/>



- b) Ayuda a la manipulación de los datos;
- c) Implementa técnicas estadísticas para el análisis de los datos.

- **Programa de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti versión 7²²**

El programa ATLAS.ti Versión 7, es un conjunto de herramientas para el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales, gráficos y de video que ayuda a organizar, reagrupar y gestionar el material de manera sistemática. Permite mantener a los investigadores centrados en el propio material de investigación, cualquiera sea el campo de trabajo como en las ciencias sociales, las ciencias económicas, la criminología o la medicina.

4- Sistema de Objetivos

4.1- Fundamentación del Problema

La educación, al igual que la salud, se considera un derecho humano, y como tal, debe ser garantizado en plenitud a todos los individuos. Por lo anterior, es que los sujetos de atención del Centro de Tratamiento Intensivo Ambulatorio Quilpué (C.T.A), se encuentran matriculados en diferentes establecimientos educacionales de la provincia y su condición de estudiantes regulares, es considerada como un factor protector en la fase de tratamiento. En este contexto es que dichos centros de tratamiento establecen de manera coordinada, relaciones con los centros educativos a los cuales asisten los usuarios. La educación por tanto, es vista como un aspecto relevante, y que entrega distintas herramientas y aportes a los jóvenes con problemas de drogodependencia.

En primer lugar, en el proceso de formación y socialización de adolescentes, la escuela cumple un rol importante en el desarrollo integral como personas y en la adquisición de habilidades y destrezas que hacen posible su incorporación a la sociedad, por consiguiente, es un factor protector en la etapa de tratamiento de los jóvenes, lo que hace que la educación sea considerada como una forma efectiva de integración e inclusión social.

La problemática de la inclusión escolar, en términos generales, no ha sido vista con la relevancia que debiese, pues, a partir de la política de

²² http://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/07/atlas.ti6_brochure_2009_es.pdf



educación, se utiliza el término “integración” que refiere solamente al hecho de evaluar diferenciadamente a aquellos/as adolescentes que presenten alguna problemática, en nuestro caso, consumo problemático de alcohol y drogas. Dicha evaluación, no muestra una preocupación por la realidad en la cual se desenvuelven estos adolescentes, considerando un concepto integrativo desde la “discapacidad física y mental”, no desde una inclusión que considera un concepto de “iguales” en el ámbito educacional, propendiendo al fomento de la cohesión grupal, mejoras en la relación docente-alumno y el trabajo interinstitucional con diferentes organizaciones competentes en la materia. Es el caso, del Centro de Tratamiento Intensivo Ambulatorio Quilpué, quien pretende lograr una inclusión escolar de éstos adolescentes, sin la mirada desde la enfermedad.

En el caso de Chile se hace imprescindible destacar que el Estado a través de sus políticas públicas, específicamente las del Ministerio de Salud, incorpora dentro de sus estrategias de acción centros de tratamiento y rehabilitación, destinados a la atención de adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol, éstos centros asumen que en la aparición del fenómeno social del consumo problemático de drogas y alcohol, influyen diversos factores que se deben intervenir, entre los cuales destacan los contextos más próximos a los/las adolescentes, haciendo énfasis en la familia, el grupo de pares y la educación formal, con el objeto de propender hacia una transformación que genere un cambio a nivel social e individual del/a adolescente, el cual sea significativo para su proceso de rehabilitación e integración social.

4.2- **Objetivos:**

- **Objetivo general**
 - ✓ Conocer la situación de la inclusión escolar de adolescentes con consumo problemático de drogas pertenecientes al Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) de la comuna de Quilpué.
- **Objetivos Específicos:**
 - ✓ Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento de los profesionales de la educación sobre la política pública y normativa vigente con las acciones empleadas en el contexto de la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.



- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que poseen los profesionales de la educación respecto a la problemática del consumo de drogas en la adolescencia.
- ✓ Determinar la opinión de los adolescentes en tratamiento y sus apoderados, profesionales de la educación y profesionales del C.T.A respecto a la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

4.3- Preguntas de Investigación

- 1- ¿Cuál es la situación de la inclusión escolar de los adolescentes que se encuentran en tratamiento por consumo problemático de drogas pertenecientes a CTA?
- 2- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de los profesionales de la educación sobre la política pública y normativa vigente con las acciones o estrategias empleadas en el contexto de la inclusión educativa?
- 3- ¿Qué nivel de conocimiento poseen los profesionales de la educación respecto a la problemática del consumo de drogas en la adolescencia?
- 4- ¿Qué opinión tienen los actores involucrados respecto de la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas?

5- Diseño de Muestra.

5.1- Universo

El universo los componen los actores involucrados en el fenómeno, ya que lo que se pretende es una aproximación a una realidad social específica, por tanto, el universo estará compuesto por: profesionales del Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A), Adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas, padres y/o tutores de los adolescentes en tratamiento y docentes pertenecientes a los diferentes establecimientos educacionales en los que los adolescentes se encuentren insertos académicamente.



5.2- Criterios de Selección

- ✓ Los sujetos participantes del estudio deben expresar su deseo de participar voluntariamente en la investigación.
- ✓ Los adolescentes deben encontrarse en tratamiento por consumo problemático de drogas en el Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) y deben estar matriculados académicamente en algún establecimiento de la Provincia del Marga-Marga.
- ✓ Los docentes que serán parte del estudio deberán desempeñar sus labores académicas en alguno de los establecimientos educacionales en los cuales uno o más adolescentes en tratamiento se encuentren asistiendo regularmente.
- ✓ Se considerará por familia de los adolescentes en tratamiento a aquella que esté unida por vínculo de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción, que vivan juntos bajo el mismo techo por un periodo indeterminado de tiempo, y/o que sea tutor legal del adolescente en el proceso de tratamiento.

5.3- Muestra

Para el presente estudio se estimó pertinente utilizar un diseño de muestro probabilístico, considerando las características de éste. A continuación se describirá el diseño de muestreo elegido.

- **Diseños de muestreo probabilístico²³**

Este diseño de muestreo es utilizado exclusivamente en el muestreo cuantitativo, el cual como se señalara previamente persigue la generalización de los resultados obtenidos en una muestra aleatoria hacia la población en su conjunto, con el propósito de estimar los parámetros de esta última y/o probar estadísticamente las hipótesis formuladas.

Cuando el investigador tenga algún conocimiento acerca de la población (distribución por sexo, edad, etc.), puede desear utilizar un muestreo de este tipo, identificando subconjuntos o estratos de la población, claramente diferenciados.

²³ Salinas, Avilés, Dagoberto. ¿A cuántos y a Quiénes preguntar? Una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educacional. Editorial Ediciones universitarias de Valparaíso, Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2010. Pág. 38.



A su vez, la selección de los elementos se lleva a cabo con posterioridad al establecimiento de los diversos estratos y asignación de cada elemento al estrato que pertenece. De igual manera, en cada estrato se realiza la selección mediante un muestreo aleatorio simple.

De este modo, este tipo de muestreo pretende conseguir representatividad en función de determinadas características, cuya distribución en la población deseamos asegurar que esté reflejada también en la muestra.

En este caso, el procedimiento de distribución de los elementos entre los estratos (afijación), contempla que el tamaño de cada estrato de la muestra sea proporcional al tamaño del estrato en la población.

- **Ventajas:**

- Mejora la representatividad de la muestra, permitiendo que aquellos elementos de poca cuantía en la población, sean incluidos en la muestra. Esto último lo hace superar al muestreo aleatorio simple.
- Presenta menor error muestral que el muestreo aleatorio simple.
- Considera el peso de cada estrato en la población total, de acuerdo a su frecuencia en esta.
- Permite comparaciones fáciles entre los diferentes estratos.

- **Desventajas:**

- Es más difícil de obtener ya que exige que el investigador tenga conocimiento acerca de algunas características de la composición de la población.
- Involucra mayor tiempo para obtener los elementos de cada estrato.
- Exige prolijidad en la clasificación de los elementos en los distintos estratos.

- **Muestreo estratificado proporcional: (Proportionate Stratified Random Sampling)²⁴**

²⁴ Salinas, Avilés, Dagoberto. ¿A cuántos y a Quiénes preguntar? Una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educacional. Editorial Ediciones universitarias de Valparaíso, Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2010. Pág. 38 y 47.



Éste tipo de muestreo se utiliza cuando el investigador tiene algún conocimiento acerca de la población (distribución por sexo, edad, etc.), puede desear utilizar un muestreo de este tipo, identificando subconjuntos o estratos de la población, claramente diferenciados.

A su vez, la selección de los elementos se lleva a cabo con posterioridad al establecimiento de los diversos estratos y asignación de cada elemento al estrato que pertenece. De igual manera, en cada estrato se realiza la selección mediante un muestreo aleatorio simple.

De este modo, este tipo de muestreo pretende conseguir representatividad en función de determinadas características, cuya distribución en la población deseamos asegurar que esté reflejada también en la muestra.

En este caso, el procedimiento de distribución de los elementos entre los estratos (afijación), contempla que el tamaño de cada estrato de la muestra sea proporcional al tamaño del estrato en la población.

Para el presente estudio se calculó el tamaño de la muestra de la siguiente manera:

El número total de la población (N) era de 140 personas, en este caso profesores de los 5 establecimientos donde se realizó el estudio.

El número de profesores por establecimiento educacional corresponde a los siguientes:

Tabla N°5: Número de profesores por establecimiento educacional

| Establecimiento educacional | Número de profesores |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Liceo Obispo Rafael Lira Infante | 14 |
| Liceo de Gastronomía y Turismo | 42 |
| Colegio Comandante Eleuterio Ramírez | 24 |
| Colegio Ignacio Carrera Pinto | 22 |
| Colegio Windmill College | 20 |
| | Total: 122 |

Fuente: Elaboración propia (2014)



Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{k^2 Npq}{e^2(N-1)+k^2 pq}$$

N: número total de la población (122), k: 1,65 (90%) nivel de confianza, e: 5% error muestral, p: proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio (0,5) y q: proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

Al realizar el cálculo se obtendrá n= tamaño de la muestra. En este caso el tamaño de la muestra es de 93 profesores.

Luego de calcular el tamaño de la muestra, se debe seleccionar equitativamente por colegio, para ello se utiliza el tipo de muestreo estratificado, el cual se desarrolla de la siguiente manera.

Se debe multiplicar cada tamaño de grupo por el tamaño de la muestra y se dividen por el tamaño total de la población, como se muestra a continuación:

- Liceo obispo Rafael Lira Infante = $14 \times (93 / 122) = 11$
- Liceo de Gastronomía y Turismo = $42 \times (93 / 122) = 32$
- Colegio Comandante Eleuterio Ramírez = $24 \times (93 / 122) = 18$
- Colegio Ignacio Carrera Pinto = $22 \times (93 / 122) = 17$

Con lo anterior, se logra establecer cuántos instrumentos deben ser aplicados en cada establecimiento educacional, y de ésta manera lograr una muestra representativa y proporcional.

Muestreo no probabilístico

- **Muestreo intencionado (Judgmental or Purposive Sampling)²⁵**

Para la elección de la muestra a utilizar en las entrevistas semiestructuradas, se ha elegido un diseño de muestreo no probabilístico intencional o de conveniencia.

Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de

²⁵ Salinas, Avilés, Dagoberto. ¿A cuántos y a Quiénes preguntar? Una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educacional. Editorial Ediciones universitarias de Valparaíso, Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2010. Pág. 38.



grupos supuestamente típicos. También puede ser que el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento es el utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso. Se eligen los individuos que se estima que son representativos o típicos de la población. Se sigue el criterio del experto o el investigador. Se seleccionan a los sujetos que se estima que puedan facilitar la información necesaria.

5.4- Criterios de rigor

Los métodos cualitativos, afirma Guba (1981:91), operan acumulativamente, es decir, que mientras más indicadores se hagan presentes y más intensamente funcionen, más fuertes serán las garantías de validez interna.

Analizando la fiabilidad y la validez en la investigación mixta, al ser un diseño con componentes cuantitativos y cualitativos nos podemos preguntar: ¿Cabe la posibilidad de hablar de rigor científico en este tipo de investigación?, ¿se trata de un deseo imposible?, ¿de un tema desenfocado, pues resulta inadecuado hablar de él desde una epistemología de la práctica?

Desde el paradigma interpretativo podemos asumir que el enfoque científico o rigor científico de la investigación mixta se puede garantizar a través de diferentes aspectos que de una forma u otra se complementan con los que se utilizan en ambos tipos de investigaciones.

Para el presente estudio se utilizarán los Criterios de Rigor, Credibilidad (validez interna) y Confirmabilidad.

6. Credibilidad

La credibilidad se refiere a si el investigador ha indagado en profundidad y a cabalidad en las experiencias, significados y conceptos que tienen los sujetos partícipes del estudio.

A su vez, la credibilidad implica que el investigador tenga la capacidad de comunicar correctamente los pensamientos, puntos de vista, emociones y percepciones de los individuos bajo estudio.

Las amenazas a esta validez son la reactividad (distorsiones que pueda ocasionar la presencia de los investigadores en el campo o



ambiente), tendencias y sesgos de los investigadores y tendencias y sesgos de los participantes.

Para incrementar la credibilidad:

- Considerar importante todos los datos por igual.
- Considerar a todos los participantes con igual relevancia
- Evitar que nuestras concepciones o ideas afecten la claridad de nuestras interpretaciones.
- Tener conciencia de la influencia que podemos ejercer sobre los participantes y cómo estos nos afectan.

• **Confirmabilidad**

“Es el paralelo cualitativo de la objetividad en la investigación cuantitativa. Este criterio está vinculado a la credibilidad y se refiere a demostrar que hemos minimizado los sesgos y tendencias del investigador. Implica rastrear los datos en su fuente y la explicación de la lógica utilizada para interpretarlos”²⁶

Para garantizar la Credibilidad y la Confirmabilidad en el presente estudio, se realizarán entrevistas a distintos actores (apoderado y/o tutor(a), profesores, equipo profesional del CTA, adolescentes en tratamiento); y se analizarán los cuestionarios como fuentes de información. Por otra parte, las entrevistas serán semiestructuradas con el fin de asegurar que los participantes entreguen descripciones amplias de sus experiencias, opiniones y percepciones con respecto a la inclusión escolar de los adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas. Para esto es importante también, que se realice una transcripción de las entrevistas minuciosa y exacta, que dé cuenta de lo que realmente expresaron los sujetos.

²⁶ Hernández Sampieri Roberto y colabs. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill, 2006, pág. 668.

6- Cuadro resumen de la investigación

| Objetivos | Interrogantes | Variables | Técnicas de recogida de la información | Fuentes | Análisis de datos |
|---|---|--|--|---------------------------------|---|
| <p>1. Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento de los docentes sobre la política pública y normativa vigente con las acciones empleadas en el contexto de la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.</p> | <p>1.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los docentes sobre política pública y normativa vigente en el contexto de la inclusión educativa?</p> <p>1.2 ¿Qué acciones emplean docentes en el contexto de la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas?</p> | <p>1.1.1 Nivel de conocimiento de los profesionales de la educación sobre política pública y normativa vigente en el contexto de la inclusión educativa.</p> <p>1.2.2 Acciones realizadas por los profesionales.</p> | <p>Cuestionario de conocimiento para profesionales de la educación sobre políticas públicas y normativa vigente bajo el contexto de la inclusión educativa. (CCPCI). Ver anexo.</p> <p>Cuestionario de preguntas cerradas (CCPCI) Ver anexo.</p> | <p>Docentes</p> <p>Docentes</p> | <p>Estadística descriptiva</p> <p>Programa estadístico SPSS.</p> <p>Estadística descriptiva</p> <p>Programa estadístico SPSS.</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| <p>2. Identificar el nivel de conocimiento que poseen los profesionales de la educación respecto a la problemática del consumo de drogas en la adolescencia.</p> | <p>2.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los profesionales de la educación respecto a la problemática del consumo de drogas en el adolescencia?</p> | <p>2.1.1 Nivel de conocimiento de los profesionales de la educación respecto a la problemática del consumo de drogas en la adolescencia.</p> | <p>Cuestionario de conocimiento para docentes sobre la problemática del consumo de drogas en la adolescencia. (CCPCI). Ver anexo.</p> | <p>Docentes que desempeñen sus labores en los establecimientos académicos en los cuales uno o más adolescentes en tratamiento se encuentren asistiendo regularmente.</p> | <p>Estadística descriptiva Programa estadístico SPSS.</p> |
| <p>3. Determinar la opinión de adolescentes en tratamiento, Apoderados, docentes, y profesionales del C.T.A respecto a la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas</p> | <p>¿Qué opinan los actores involucrados acerca de la inclusión educativa de adolescentes con consumo problemático de drogas?</p> | <p>Opinión de los actores involucrados</p> | <p>Entrevista semi-estructurada</p> | <p>Adolescentes en tratamiento, apoderados, docentes, y profesionales del C.T.A.</p> | <p>Análisis de contenido Programa Atlas.ti</p> |



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Capítulo IV

Análisis e interpretación de resultados



Presentación

El presente capítulo, denominado “Análisis e Interpretación de Resultados”, en su primera parte hace referencia a los datos levantados mediante metodología cuantitativa, para la cual se utilizó un cuestionario que contenía tres dimensiones:

- Nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre leyes relacionadas con inclusión escolar.
- Acciones realizadas por docentes en pro de la inclusión escolar.
- Nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre el tema de drogas.

Dichas dimensiones, son analizadas mediante el programa estadístico SPSS, el cual nos entrega los resultados de una manera clara. El equipo investigador hace una interpretación de éstos datos, analizando los resultados obtenidos; para ello se utilizan gráficos, que muestran de manera más clara cada dimensión estudiada.

Por otra parte, se presenta el análisis de tipo cualitativo, para el cual se utilizó el programa ATLAS TI, el cual sirve a los investigadores para interpretar y analizar las entrevistas semi-estructuradas realizadas a todos los actores involucrados en el estudio.

Por último, se analiza el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación y se fundamentan los medios y técnicas escogidas para esto.



1. Análisis de datos con Programa Estadístico SPSS

Para el análisis de los datos recopilados mediante cuestionario, se decidió utilizar el programa estadístico SPSS en su versión número 22. Éste programa permite trabajar con bases de datos y cuenta con variadas opciones de análisis que facilitan al investigador, ordenar y analizar la información recopilada.

En primer lugar, se ingresó la información obtenida en el instrumento aplicado (cuestionario) a los docentes de cinco establecimientos de las comunas de Quilpué (4) y Villa Alemana (1) y se prosiguió a codificar la información obtenida en cada dimensión del cuestionario, luego de ingresar todos los datos, se prosiguió a realizar el análisis de éstos bajo criterio del equipo investigador, finalmente se utilizó la función de gráficos con la que cuenta el programa para exponer claramente los resultados obtenidos.

En las siguientes páginas se analizará la información obtenida y se mostrarán los resultados del estudio realizado, en primera instancia el análisis será segmentado según criterios claramente definidos, los cuáles son los siguientes: Establecimiento educacional, rango etario, sexo y si el docente ejerce o no jefatura de curso. Luego del análisis segmentado, se analizarán los datos en su conjunto y se entregarán los resultados finales.

Nota: La muestra seleccionada para el aspecto cuantitativo de la investigación, consta de 93 profesores, es decir, se deberían aplicar 93 cuestionarios a docentes, sin embargo por razones ajenas al grupo investigador, la muestra a la que se pudo acceder fue de 83 profesores, distribuidos proporcionalmente entre los 5 establecimientos educacionales participantes.



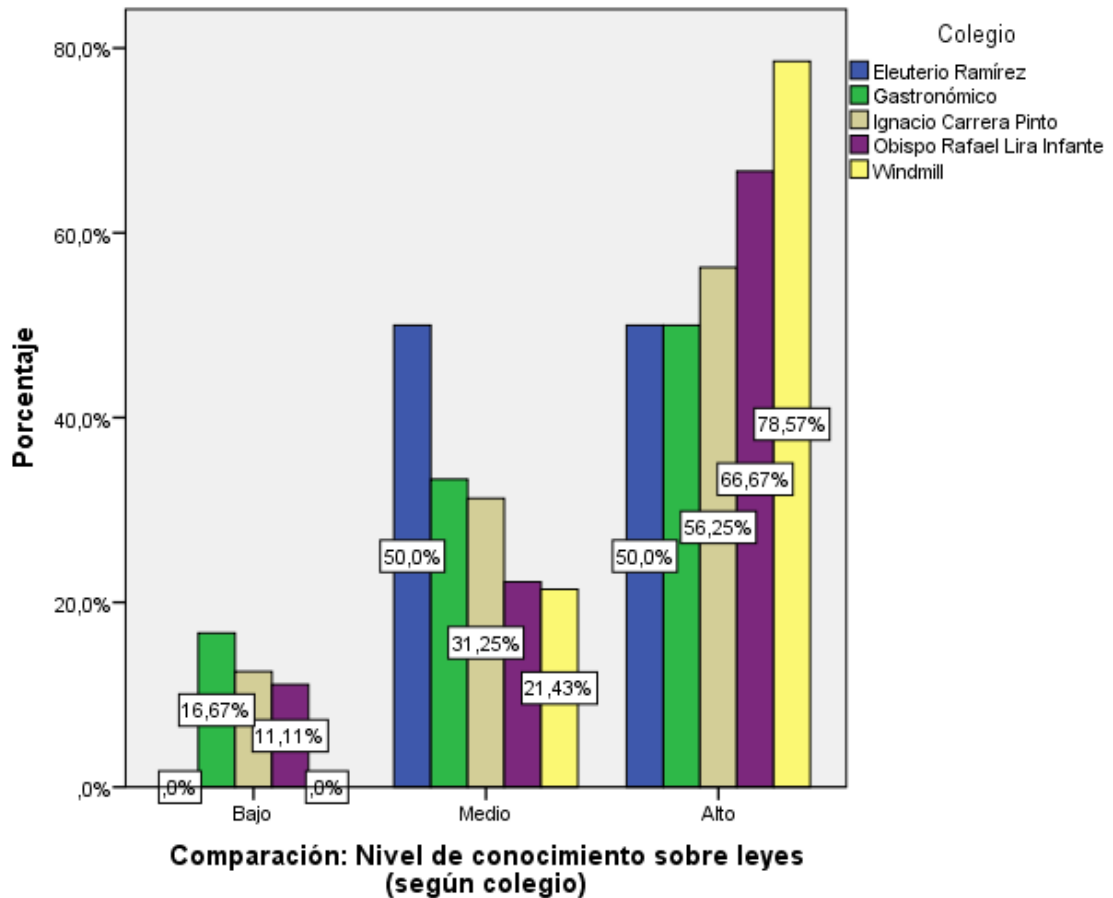
Análisis segmentado

Análisis: “Dimensión 1: Conocimiento sobre leyes (según colegio)”.

Tabla N°6: Frecuencias: *Conocimiento sobre leyes (según colegios).*

| Colegio | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Eleuterio Ramírez | Válido | Medio | 7 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| | | Alto | 7 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | | Total | 14 | 100,0 | 100,0 | |
| Gastronómico | Válido | Bajo | 5 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | | Medio | 10 | 33,3 | 33,3 | 50,0 |
| | | Alto | 15 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |
| Ignacio Carrera Pinto | Válido | Bajo | 2 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| | | Medio | 5 | 31,3 | 31,3 | 43,8 |
| | | Alto | 9 | 56,3 | 56,3 | 100,0 |
| | | Total | 16 | 100,0 | 100,0 | |
| Obispo Rafael Lira Infante | Válido | Bajo | 1 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| | | Medio | 2 | 22,2 | 22,2 | 33,3 |
| | | Alto | 6 | 66,7 | 66,7 | 100,0 |
| | | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |
| Windmill | Válido | Medio | 3 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | | Alto | 11 | 78,6 | 78,6 | 100,0 |
| | | Total | 14 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°1: Nivel de conocimiento sobre leyes (según colegio).



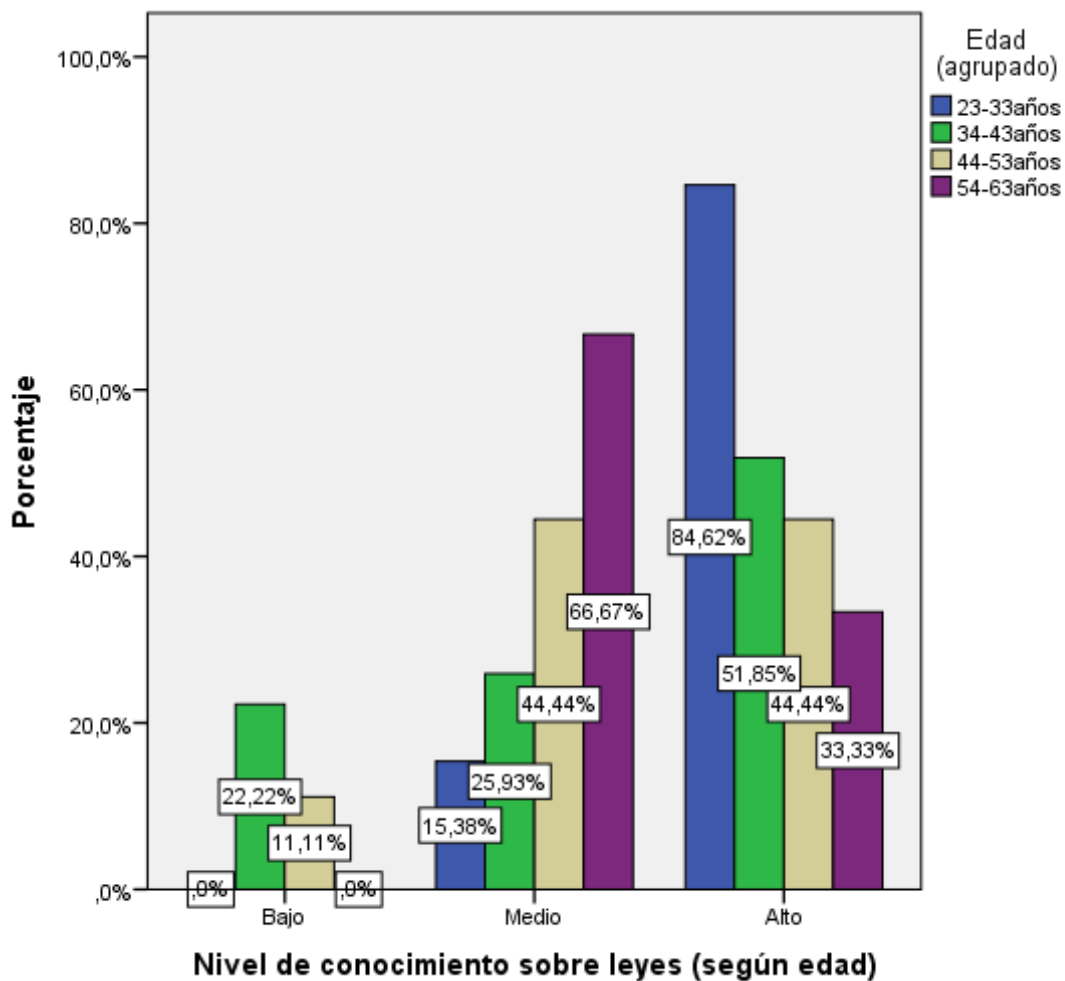
El gráfico anterior demuestra que en la totalidad de colegios estudiados, existe un alto nivel de conocimiento sobre leyes que dicen relación con la inclusión escolar. Al mismo tiempo, es importante destacar, que los dos establecimientos con mayor porcentaje de “alto” nivel de conocimiento son establecimientos subvencionados. Por otra parte, se observa que en “bajo” nivel de conocimiento, dos establecimientos no registran profesores bajo este nivel. En el caso específico del colegio Eleuterio Ramírez, registra un 50% de nivel medio y otro 50% de nivel alto, por su parte el colegio Windmill presenta el mayor porcentaje de profesores con un nivel “alto” de conocimiento, registrando un 78,57% del profesorado y un 21,43% con un índice de “medio” nivel de conocimiento.

Análisis: “dimensión 2: Conocimiento sobre leyes (según rango de edad)”.

Tabla N°7: Conocimiento Leyes (según edad)

| Edad (agrupado) | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 23-33años | Válido | Medio | 4 | 15,4 | 15,4 | 15,4 |
| | | Alto | 22 | 84,6 | 84,6 | 100,0 |
| | | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |
| 34-43años | Válido | Bajo | 6 | 22,2 | 22,2 | 22,2 |
| | | Medio | 7 | 25,9 | 25,9 | 48,1 |
| | | Alto | 14 | 51,9 | 51,9 | 100,0 |
| | | Total | 27 | 100,0 | 100,0 | |
| 44-53años | Válido | Bajo | 2 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| | | Medio | 8 | 44,4 | 44,4 | 55,6 |
| | | Alto | 8 | 44,4 | 44,4 | 100,0 |
| | | Total | 18 | 100,0 | 100,0 | |
| 54-63años | Válido | Medio | 8 | 66,7 | 66,7 | 66,7 |
| | | Alto | 4 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | | Total | 12 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°2: Nivel de conocimiento sobre leyes (según edad).



Siguiendo con el análisis de los resultados obtenidos en la dimensión 1, se observa en el gráfico anterior el nivel de conocimiento sobre leyes según rango etario. Queda de manifiesto que el rango etario que presenta mayor nivel de conocimiento es el que va desde los 23 a los 33 años, éste rango está compuesto por 26 profesores(as), de los cuáles 24, obtuvieron un nivel “alto” en ésta dimensión estudiada, al mismo tiempo, 2 de éstos obtuvieron un nivel “medio” de conocimiento, se evidencia que en dicho rango no se registraron profesores(as) que obtuvieran un nivel de conocimiento “bajo”.

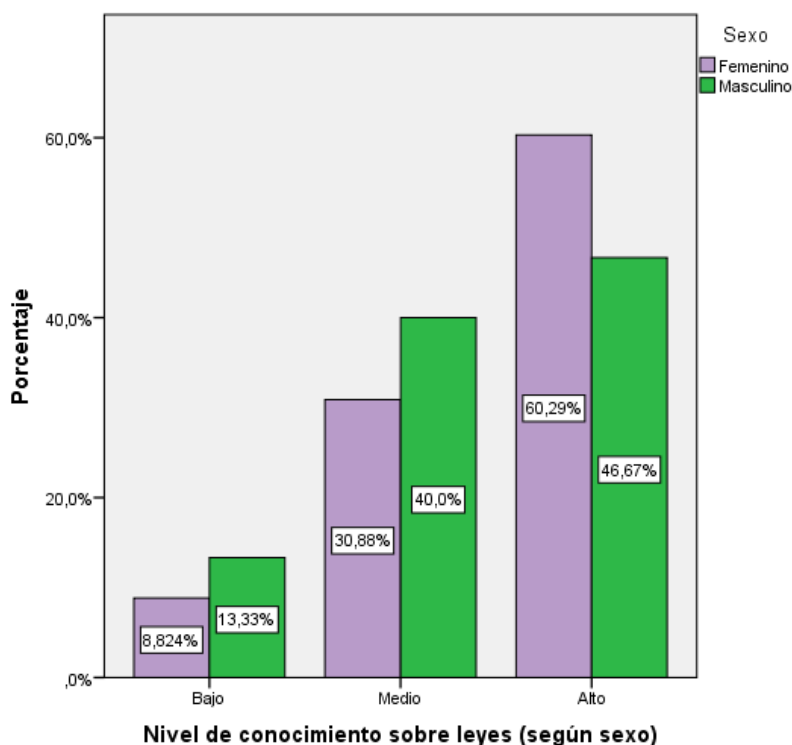
Lo anterior se podría generar, debido a que los profesores más jóvenes, están más al tanto de la normativa vigente, sus conocimientos más actualizados, en desmedro de los docentes que ejercen hace más años.

Análisis: “Dimensión1: Conocimiento sobre leyes (según sexo)”.

Tabla N°8: Conocimiento sobre leyes (según sexo)

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado | |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|-------|
| Femenino | Válido | Bajo | 6 | 8,8 | 8,8 |
| | | Medio | 21 | 30,9 | 39,7 |
| | | Alto | 41 | 60,3 | 100,0 |
| | | Total | 68 | 100,0 | 100,0 |
| Masculino | Válido | Bajo | 2 | 13,3 | 13,3 |
| | | Medio | 6 | 40,0 | 53,3 |
| | | Alto | 7 | 46,7 | 100,0 |
| | | Total | 15 | 100,0 | 100,0 |

Gráfico N°3: Nivel de conocimiento sobre leyes (según sexo).

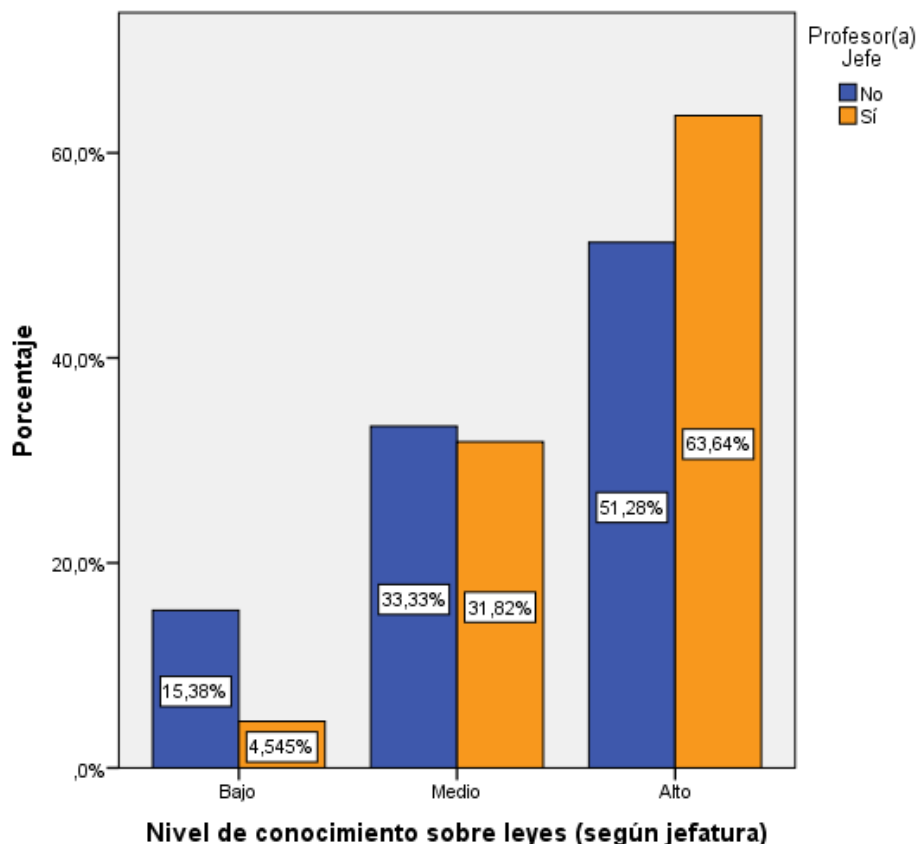


En cuanto al nivel de conocimiento sobre leyes, segmentado por sexo, se observa una diferencia aproximada de 15 puntos porcentuales, entre el sexo femenino, quién presenta mayor número de docentes con un nivel “alto” de conocimiento en comparación al nivel “alto” registrado por los profesores de sexo masculino. Sin embargo en el nivel “medio” de conocimiento, se evidencia un mayor porcentaje de éstos últimos, en desmedro del sexo femenino. Por último, la menor diferencia porcentual se registra en el nivel “bajo” de conocimiento, en dónde se registra una diferencia de aproximadamente 5% entre los dos sexos.

Tabla N°9 Conocimiento sobre leyes (según jefatura)

| Profesor(a) Jefe | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No | Válido | Bajo | 6 | 15,4 | 15,4 | 15,4 |
| | | Medio | 13 | 33,3 | 33,3 | 48,7 |
| | | Alto | 20 | 51,3 | 51,3 | 100,0 |
| | | Total | 39 | 100,0 | 100,0 | |
| Sí | Válido | Bajo | 2 | 4,5 | 4,5 | 4,5 |
| | | Medio | 14 | 31,8 | 31,8 | 36,4 |
| | | Alto | 28 | 63,6 | 63,6 | 100,0 |
| | | Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°4: Nivel de conocimiento sobre leyes (según jefatura)



En éste último gráfico, se observa que el profesorado que ejerce jefatura de algún curso, registra mayor nivel de conocimiento que los que no



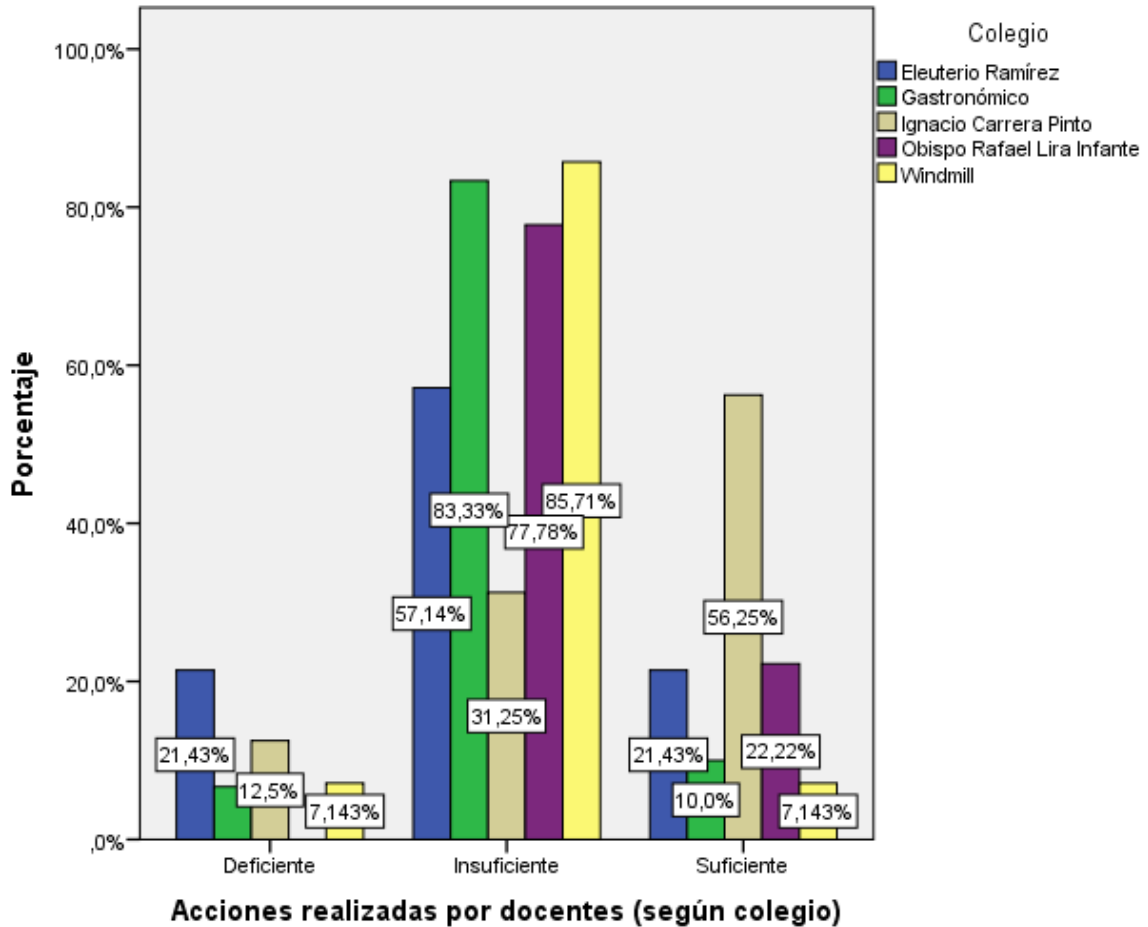
están en dicha condición, esto se podría sustentar en que los profesores(as) con jefatura de curso, tienen mayor relación y/o contacto con los alumnos que presentan NEE, ya que a través de ellos se canaliza la información respecto a dichos alumnos, y también porque existe una mayor preocupación de los mismos por estar al tanto de la normativa vigente en éste ámbito. También se observa, que para el nivel “medio” de conocimiento, existe una paridad estadística, ya que ambos porcentajes tienen una brecha de sólo un 2% aproximadamente. Para finalizar, en lo que respecta al nivel “bajo” de conocimiento sobre leyes, los profesores que no tienen jefatura de curso lideran dicho nivel con un 15,38%, a diferencia de los que sí tienen jefatura, quienes solamente registran un 4,5% de nivel “bajo” de conocimiento.

Análisis: “Dimensión 2: Conocimiento sobre acciones realizadas por docentes (según colegio)”.

Tabla N° 10: *Tabla de frecuencia “Acciones realizadas por docentes (según colegio)”*

| Colegio | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Eleuterio Ramírez | Válido | Deficiente | 3 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | | Insuficiente | 8 | 57,1 | 57,1 | 78,6 |
| | | Suficiente | 3 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | | Total | 14 | 100,0 | 100,0 | |
| Gastronómico | Válido | Deficiente | 2 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| | | Insuficiente | 25 | 83,3 | 83,3 | 90,0 |
| | | Suficiente | 3 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| | | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |
| Ignacio Carrera Pinto | Válido | Deficiente | 2 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| | | Insuficiente | 5 | 31,3 | 31,3 | 43,8 |
| | | Suficiente | 9 | 56,3 | 56,3 | 100,0 |
| | | Total | 16 | 100,0 | 100,0 | |
| Obispo Rafael Lira Infante | Válido | Insuficiente | 7 | 77,8 | 77,8 | 77,8 |
| | | Suficiente | 2 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| | | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |
| Windmill | Válido | Deficiente | 1 | 7,1 | 7,1 | 7,1 |
| | | Insuficiente | 12 | 85,7 | 85,7 | 92,9 |
| | | Suficiente | 1 | 7,1 | 7,1 | 100,0 |
| | | Total | 14 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°5: Acciones realizadas por docentes (según colegio).

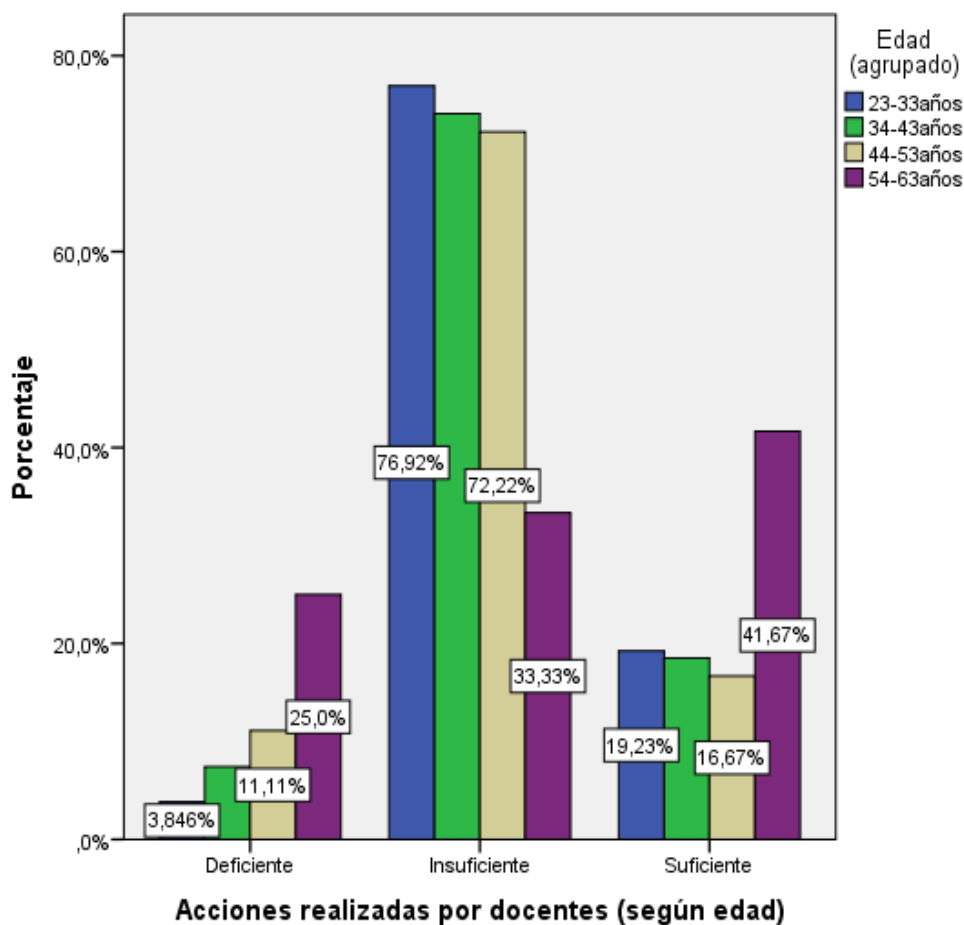


En el gráfico anterior, se analizan las acciones realizadas, por los docentes, que favorecen el proceso de inclusión de los alumnos que presentan consumo problemático de drogas. Se puede observar que la mayoría de los colegios (4) presentan un nivel “insuficiente” de acciones, a excepción del colegio Ignacio Carrera Pinto, en donde un 56,25% de los docentes realiza acciones “suficientes” que favorecen la integración de los alumnos nombrados anteriormente. Por otra parte, se observa que en el nivel “deficiente” no se observan casos del Liceo Obispo Rafael Lira Infante, lo cual nos muestra que los docentes de dicho establecimiento, si bien no presentan un elevado porcentaje de acciones “suficientes”, la mayoría realiza acciones que van en ayuda de la inclusión escolar.

Tabla N°11: Tabla de frecuencias “Acciones realizadas por docentes (según edad)”

| Edad (agrupado) | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 23-33años | Válido | Deficiente | 1 | 3,8 | 3,8 | 3,8 |
| | | Insuficiente | 20 | 76,9 | 76,9 | 80,8 |
| | | Suficiente | 5 | 19,2 | 19,2 | 100,0 |
| | | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |
| 34-43años | Válido | Deficiente | 2 | 7,4 | 7,4 | 7,4 |
| | | Insuficiente | 20 | 74,1 | 74,1 | 81,5 |
| | | Suficiente | 5 | 18,5 | 18,5 | 100,0 |
| | | Total | 27 | 100,0 | 100,0 | |
| 44-53años | Válido | Deficiente | 2 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| | | Insuficiente | 13 | 72,2 | 72,2 | 83,3 |
| | | Suficiente | 3 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | | Total | 18 | 100,0 | 100,0 | |
| 54-63años | Válido | Deficiente | 3 | 25,0 | 25,0 | 25,0 |
| | | Insuficiente | 4 | 33,3 | 33,3 | 58,3 |
| | | Suficiente | 5 | 41,7 | 41,7 | 100,0 |
| | | Total | 12 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°6: Acciones realizadas por docentes (según rango de edad)



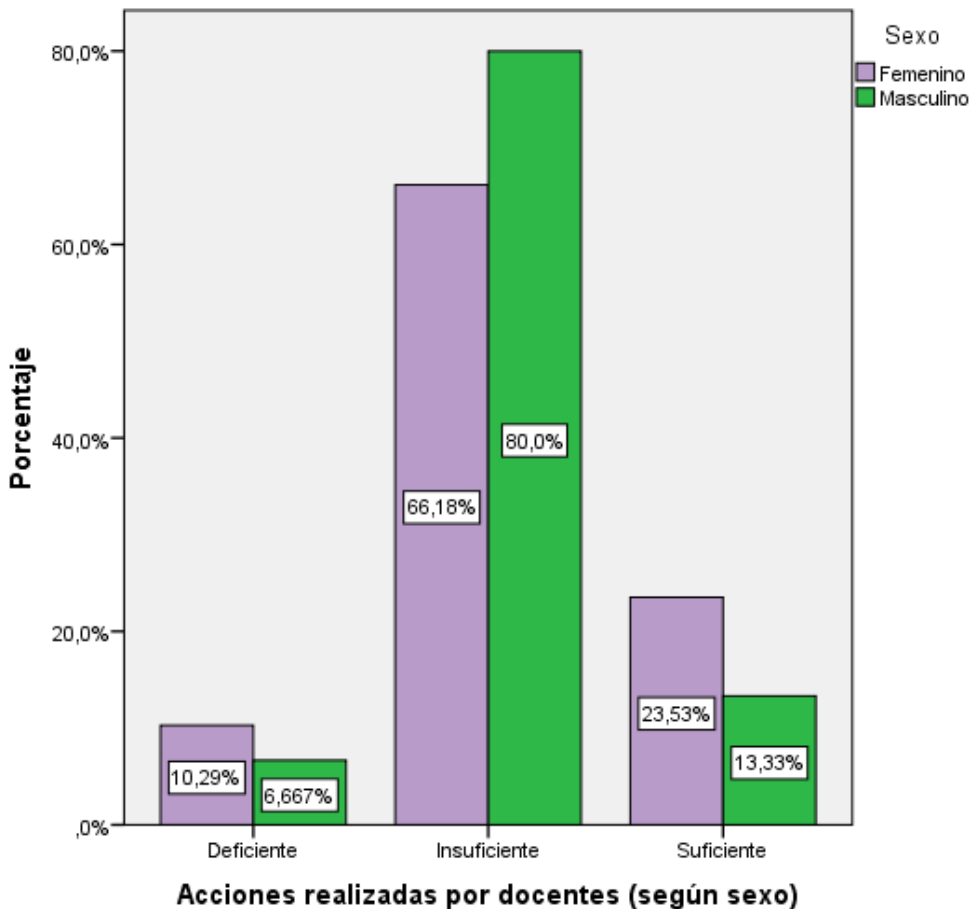
los docentes, podemos apreciar que el grupo etario que va desde los 54 a 63 años, realiza mayor cantidad de acciones en pro de la inclusión escolar; los

restantes grupos tienen un porcentaje similar en el mayor nivel (suficiente), no se evidencia una diferencia significativa.

Tabla N°12: Acciones realizadas por docentes (Según Sexo)

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|-------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Femenino | Válido Deficiente | 7 | 10,3 | 10,3 |
| | Insuficiente | 45 | 66,2 | 76,5 |
| | Suficiente | 16 | 23,5 | 100,0 |
| | Total | 68 | 100,0 | 100,0 |
| Masculino | Válido Deficiente | 1 | 6,7 | 6,7 |
| | Insuficiente | 12 | 80,0 | 86,7 |
| | Suficiente | 2 | 13,3 | 100,0 |
| | Total | 15 | 100,0 | 100,0 |

Gráfico N°7: Acciones realizadas por docentes (según sexo).



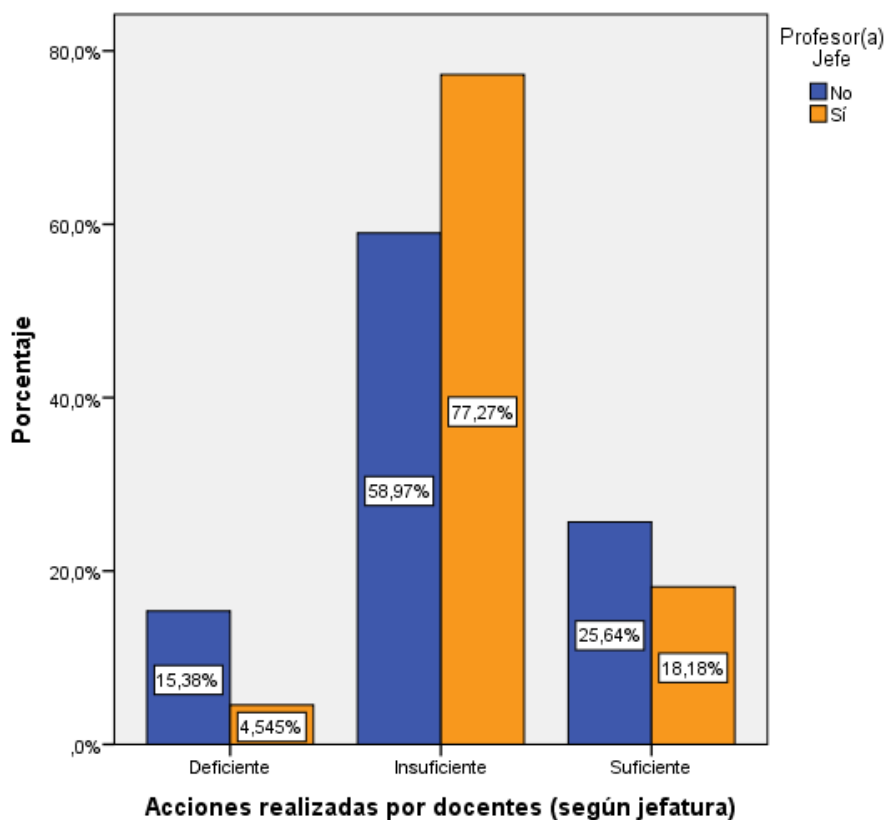
En cuanto a las acciones realizadas por docentes, segmentados por sexo, se observa que la mayor parte de ambos grupos, realiza insuficientes. Al mismo tiempo se observa que el sexo femenino obtiene mayor porcentaje de acciones suficientes en relación al sexo masculino, marcando una diferencia de 10% entre ambos sexos. Observando los tres niveles, se puede

afirmar que no existe mayor diferencia entre ambos sexos, al momento de realizar acciones en pro de la inclusión escolar.

Tabla N°13: Acciones realizadas por docentes (según jefatura)

| Profesor(a) Jefe | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No | Válido | Deficiente | 6 | 15,4 | 15,4 | 15,4 |
| | | Insuficiente | 23 | 59,0 | 59,0 | 74,4 |
| | | Suficiente | 10 | 25,6 | 25,6 | 100,0 |
| | | Total | 39 | 100,0 | 100,0 | |
| Sí | Válido | Deficiente | 2 | 4,5 | 4,5 | 4,5 |
| | | Insuficiente | 34 | 77,3 | 77,3 | 81,8 |
| | | Suficiente | 8 | 18,2 | 18,2 | 100,0 |
| | | Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°8: Acciones realizadas por docentes (según jefatura).



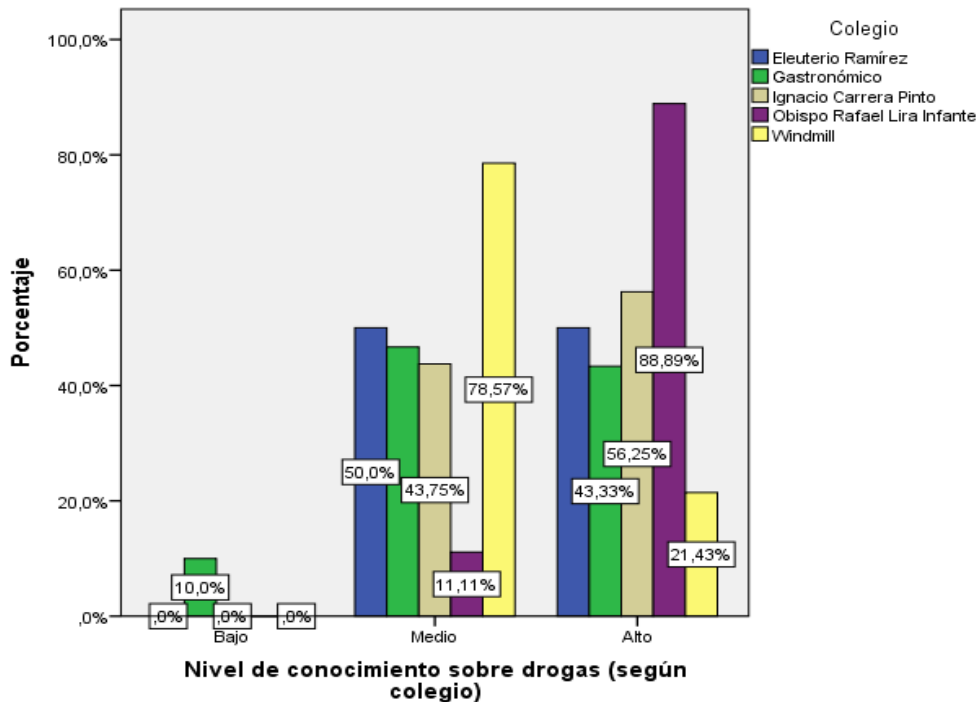
En cuanto a la dimensión 2, segmentada por jefatura de curso, se muestra un dominio en el nivel suficiente, del profesorado que no ejerce jefatura de curso. Por otra parte, los profesores que ejercen jefatura, muestran mayor porcentaje de acciones “insuficientes” en comparación con los que no ejercen. Por último, en el nivel más bajo correspondiente al “deficiente”, los profesores que no ejercen jefatura, dominan dicho nivel, por lo que son los que menos acciones realizan en pro de la inclusión escolar.

Dimensión 3: “Nivel de conocimiento sobre drogas”

Tabla N°14: Nivel de conocimiento sobre drogas (según colegios)

| Colegio | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Eleuterio Ramírez | Válido | Medio | 7 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| | | Alto | 7 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | | Total | 14 | 100,0 | 100,0 | |
| Gastronómico | Válido | Bajo | 3 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | | Medio | 14 | 46,7 | 46,7 | 56,7 |
| | | Alto | 13 | 43,3 | 43,3 | 100,0 |
| | | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |
| Ignacio Carrera Pinto | Válido | Medio | 7 | 43,8 | 43,8 | 43,8 |
| | | Alto | 9 | 56,3 | 56,3 | 100,0 |
| | | Total | 16 | 100,0 | 100,0 | |
| Obispo Rafael Lira Infante | Válido | Medio | 1 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| | | Alto | 8 | 88,9 | 88,9 | 100,0 |
| | | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |
| Windmill | Válido | Medio | 11 | 78,6 | 78,6 | 78,6 |
| | | Alto | 3 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | | Total | 14 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°9: Nivel de conocimiento sobre drogas (según colegio).



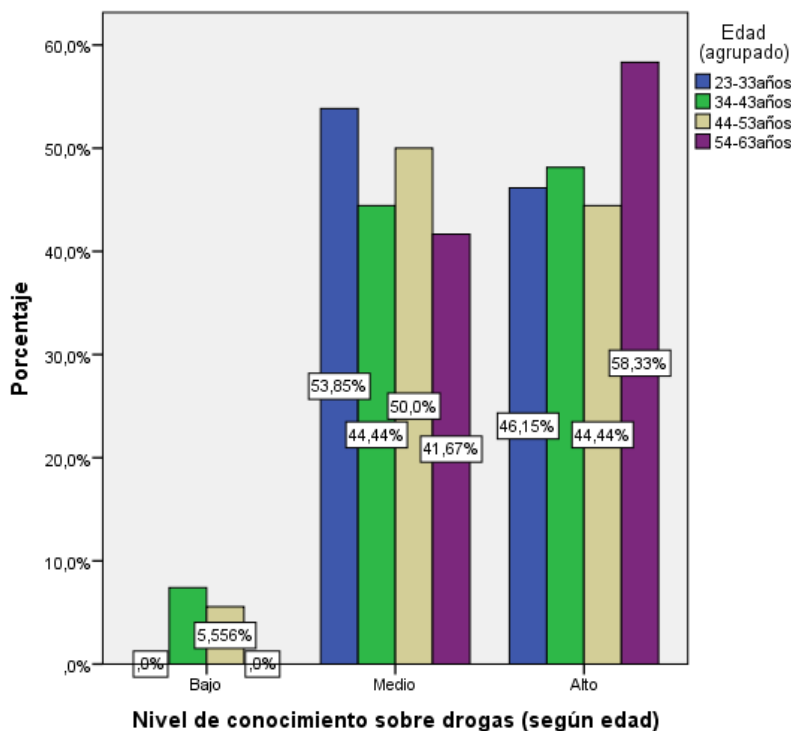
En relación al nivel de conocimiento de drogas que tienen los docentes de los 5 establecimientos, queda en evidencia que el Liceo Obispo Rafael Lira Infante, domina considerablemente en el nivel “alto” de conocimiento; mientras que, el establecimiento Windmill College predomina

en el nivel “medio” de conocimiento, por último el único establecimiento que registra docentes con un nivel “bajo” de conocimiento en ésta materia es el Liceo de Gastronomía y Turismo, en donde un 10% del profesorado conoce vagamente sobre ésta temática.

Tabla N°15: Nivel de conocimiento sobre drogas (según edad).

| Edad (agrupado) | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 23-33años | Válido | Medio | 14 | 53,8 | 53,8 | 53,8 |
| | | Alto | 12 | 46,2 | 46,2 | 100,0 |
| | | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |
| 34-43años | Válido | Bajo | 2 | 7,4 | 7,4 | 7,4 |
| | | Medio | 12 | 44,4 | 44,4 | 51,9 |
| | | Alto | 13 | 48,1 | 48,1 | 100,0 |
| | | Total | 27 | 100,0 | 100,0 | |
| 44-53años | Válido | Bajo | 1 | 5,6 | 5,6 | 5,6 |
| | | Medio | 9 | 50,0 | 50,0 | 55,6 |
| | | Alto | 8 | 44,4 | 44,4 | 100,0 |
| | | Total | 18 | 100,0 | 100,0 | |
| 54-63años | Válido | Medio | 5 | 41,7 | 41,7 | 41,7 |
| | | Alto | 7 | 58,3 | 58,3 | 100,0 |
| | | Total | 12 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°10: Nivel de conocimiento sobre drogas (según edad).



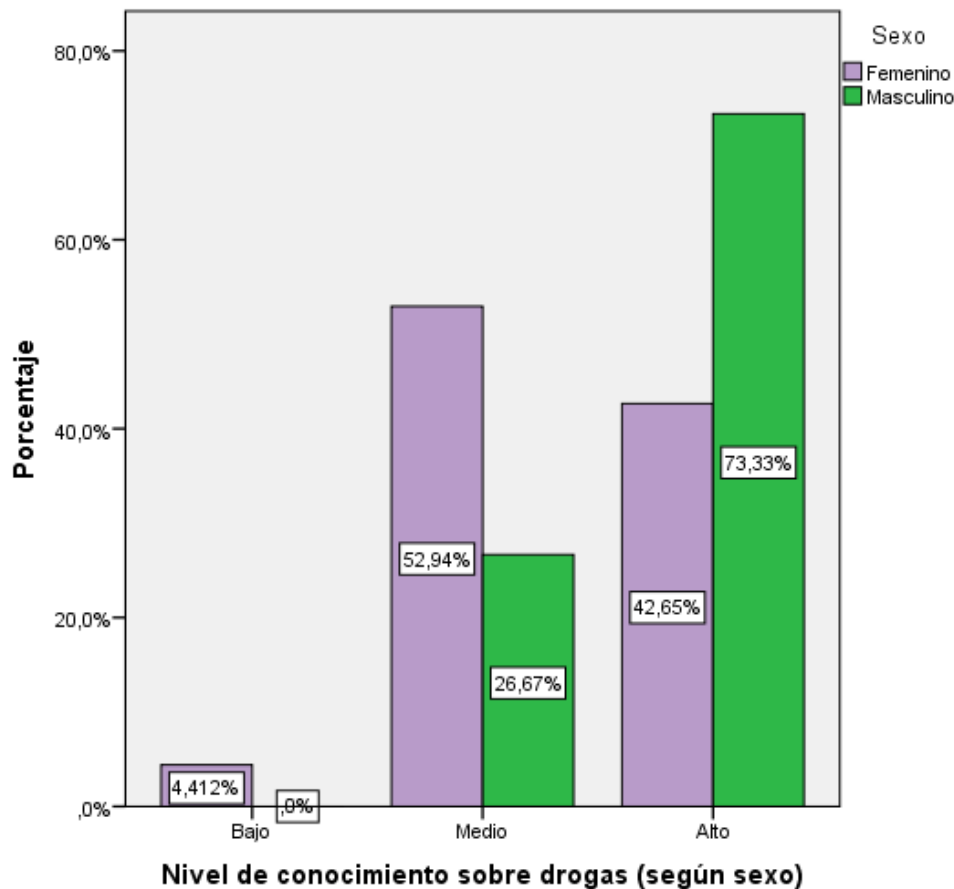
En cuanto al nivel de conocimiento sobre drogas, segmentado por edad, se observa que todos los rangos etarios no demuestran una gran diferencia en lo que respecta al nivel medio y alto de conocimiento, a

diferencia del nivel bajo de conocimiento, en donde el primer y último rango de edad no manifiesta casos.

Tabla N°16: Nivel de conocimiento sobre drogas (según sexo)

| Sexo | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Femenino | Válido | Bajo | 3 | 4,4 | 4,4 | 4,4 |
| | | Medio | 36 | 52,9 | 52,9 | 57,4 |
| | | Alto | 29 | 42,6 | 42,6 | 100,0 |
| | | Total | 68 | 100,0 | 100,0 | |
| Masculino | Válido | Medio | 4 | 26,7 | 26,7 | 26,7 |
| | | Alto | 11 | 73,3 | 73,3 | 100,0 |
| | | Total | 15 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°11: Nivel de conocimiento sobre drogas (según sexo).



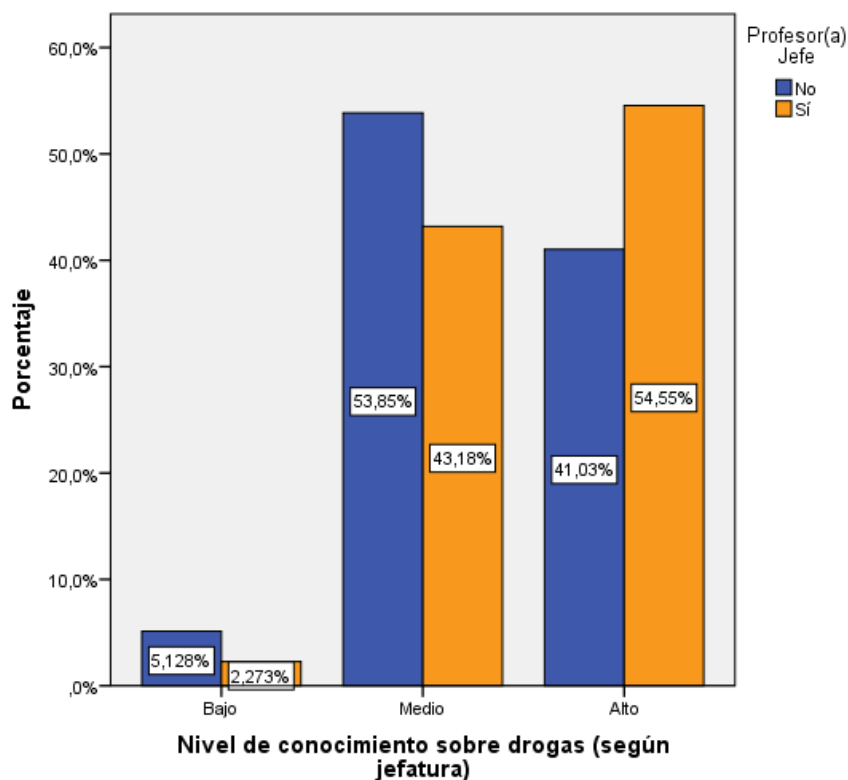
En cuanto al nivel de conocimiento sobre drogas, segmentado por sexo, se evidencia que los docentes de sexo masculino presentan un mayor porcentaje de nivel “alto” de conocimiento, con respecto a las mujeres. En tanto el sexo femenino predomina con un nivel “medio” de conocimiento. Por último, los varones no registran casos de nivel “bajo” de conocimiento con

respecto a la temática de drogas, y el sexo femenino registra sólo un 4,4% de nivel “bajo” de conocimiento.

Tabla N°17: Nivel de conocimiento sobre drogas (según jefatura).

| Profesor(a) Jefe | | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No | Válido | Bajo | 2 | 5,1 | 5,1 | 5,1 |
| | | Medio | 21 | 53,8 | 53,8 | 59,0 |
| | | Alto | 16 | 41,0 | 41,0 | 100,0 |
| | | Total | 39 | 100,0 | 100,0 | |
| Sí | Válido | Bajo | 1 | 2,3 | 2,3 | 2,3 |
| | | Medio | 19 | 43,2 | 43,2 | 45,5 |
| | | Alto | 24 | 54,5 | 54,5 | 100,0 |
| | | Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°12: Nivel de conocimiento sobre drogas (según jefatura).



En éste último gráfico se observa que los docentes que ejercen jefatura de curso, tienen un mayor porcentaje de nivel “alto” de conocimiento, a diferencia de los cuáles no mantienen dicha condición. En cuanto al nivel medio de conocimiento, hay un predominio de los profesores sin jefatura de

curso, por último en el nivel “bajo” de conocimiento, hay un predominio de los docentes sin jefatura de curso, en éste último punto, los docentes que ejercen jefatura sólo un 2,27% del total mantiene un nivel de conocimiento bajo.

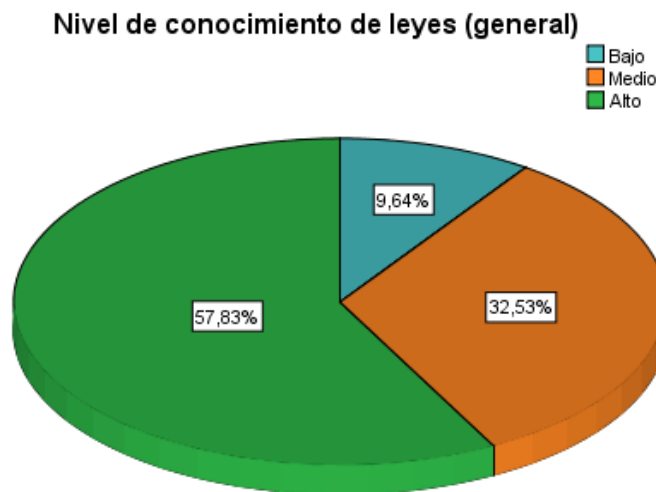
Análisis integrado general

- 1. Nivel de conocimiento de los docentes de cinco establecimientos educacionales de las comunas de Quilpué y Villa Alemana sobre política pública y normativa vigente en el contexto de la inclusión educativa.**

Tabla N°18: Nivel de conocimiento sobre leyes (análisis Integrado)

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido Bajo | 8 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| Medio | 27 | 32,5 | 32,5 | 42,2 |
| Alto | 48 | 57,8 | 57,8 | 100,0 |
| Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°13: Nivel de conocimiento sobre leyes (general).



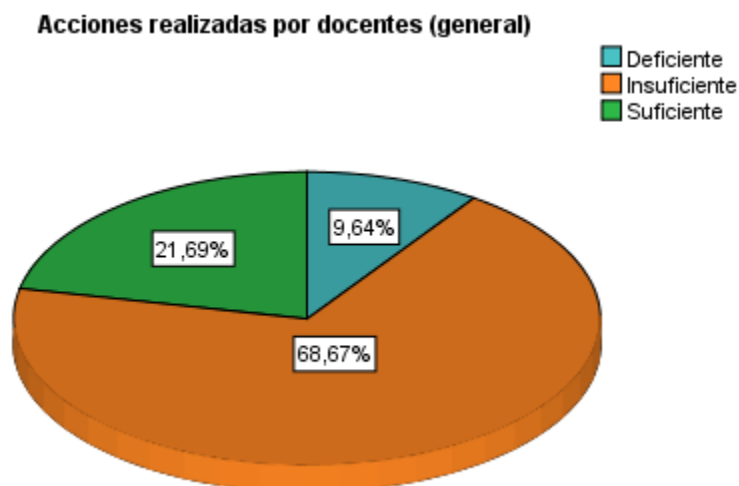
Como se observa en el gráfico anterior, en lo que respecta al conocimiento que tienen los docentes sobre leyes que traten el tema de inclusión escolar en Chile, se evidencia que la mayoría de éstos logra un nivel “alto” de conocimiento correspondiente al 57,83% de los profesores encuestados lo que corresponde a un total de 48 profesores. El segundo nivel de conocimiento, denominado como nivel “medio” está compuesto por un 32,53% de profesores(as), lo que se traduce en 27 casos. Por último, el nivel “bajo” de conocimiento en este ítem, está compuesto por un total de 8 docentes, lo que representa un total de 9,6% de encuestados.

2. Acciones realizadas por docentes de cinco establecimientos educacionales de las comunas de Quilpué y Villa Alemana en el contexto de la Inclusión Escolar.

Tabla n°19: Acciones realizadas por docente (Análisis Integrado)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Deficiente | 8 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| | Insuficiente | 57 | 68,7 | 68,7 | 78,3 |
| | Suficiente | 18 | 21,7 | 21,7 | 100,0 |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°14: Acciones realizadas por docentes (general).



En el gráfico anterior se observa claramente que los docentes encuestados, en su gran mayoría realizan acciones “insuficientes” al interior del aula, por su parte, los que realizan acciones “suficientes” representan al 21,7% de los casos. Por último, un 9,6% registra un nivel “deficiente” de acciones realizadas.

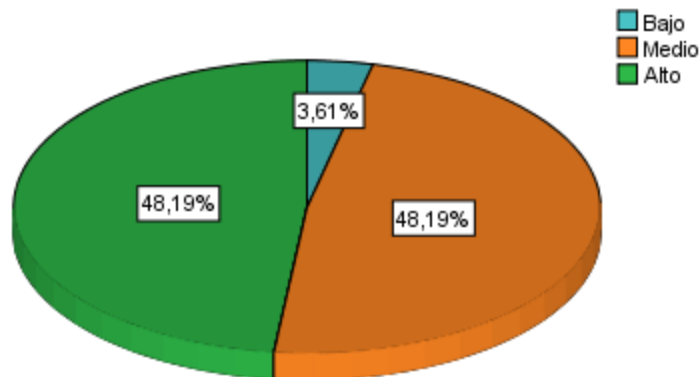
3. Nivel de conocimiento de los docentes de cinco establecimientos educacionales de las comunas de Quilpué y Villa Alemana respecto a la problemática del consumo de drogas en la adolescencia.

Tabla N°20: Nivel de conocimiento sobre drogas (Análisis Integrado)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Bajo | 3 | 3,6 | 3,6 | 3,6 |
| | Medio | 40 | 48,2 | 48,2 | 51,8 |
| | Alto | 40 | 48,2 | 48,2 | 100,0 |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°15: Nivel de conocimiento sobre drogas (general).

Nivel de conocimiento sobre drogas (general)



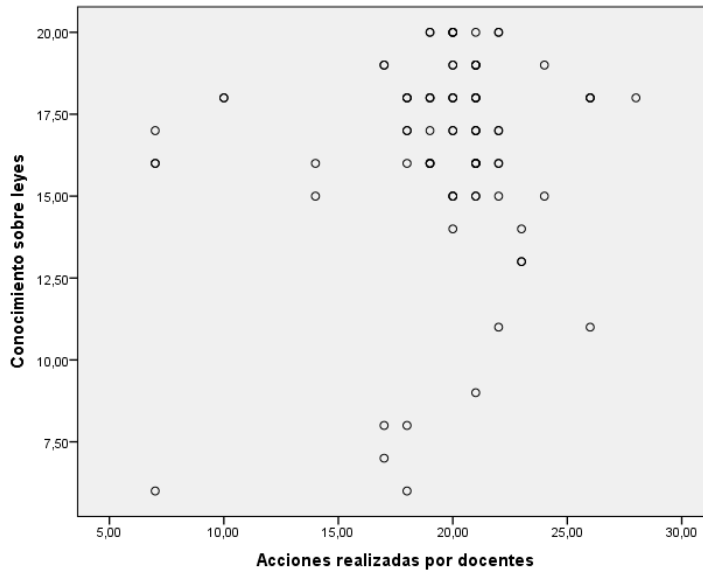
Por último, en la dimensión que hace referencia al nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre el tema de drogas; Se observa claramente en el gráfico anterior que los niveles “medio” y “alto” de conocimiento registran un 40,19% cada uno, por último se evidencia que sólo 2 de los casos registra un nivel “bajo” de conocimiento.

Análisis de correlación entre variables: - Nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre leyes y acciones realizadas por los docentes, que favorezcan la inclusión educativa.

Tabla N°21: Correlaciones

| Correlaciones | | Dimensión 1: Conocimiento Leyes | Dimensión 2: Acciones realizadas |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
| Dimensión 1: Conocimiento Leyes | Correlación de Pearson | 1 | ,158 |
| | Sig. (bilateral) | | ,153 |
| | N | 83 | 83 |
| Dimensión 2: Acciones realizadas | Correlación de Pearson | ,158 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,153 | |
| | N | 83 | 83 |

Gráfico N°16: Correlaciones



Al analizar la tabla y el gráfico de dispersión referente al índice de Pearson que se utiliza para demostrar si existe correlación entre determinadas variables, podemos observar que en este caso, no existe correlación entre las variables escogidas (Conocimiento sobre leyes/Acciones realizadas). Esto significa, que el nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre leyes que dicen relación con la inclusión escolar, es independiente de las acciones que éstos realizan; por lo que no necesariamente a mayor nivel de conocimiento, mayor nivel de acciones realizadas. Ejemplificándolo más aún, el hecho de que un profesor obtenga un “alto” nivel de conocimiento sobre leyes, no asegura que éste mismo realice acciones “suficientes” en pro de la inclusión escolar.



2. Análisis de entrevistas con Programa ATLAS.TI 7

La finalidad de este análisis de las entrevistas ha sido la identificación de las variables o conceptos relacionados con las diversas opiniones de los actores involucrados en la temática de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas pertenecientes al Centro de Tratamiento Ambulatorio CTA.

El análisis se ha realizado de la siguiente manera:

- I. Se han seleccionado los fragmentos de las entrevistas (citas) y se han codificado utilizando para ello un sistema de categorías establecido de acuerdo a los objetivos de la presente investigación.
- II. Se han revisado los agrupamientos de los fragmentos seleccionados (citas que pertenecen a un mismo código) examinando los argumentos que se exponen y estableciendo las similitudes y diferencias. Se ha realizado una interpretación de los resultados buscando la posible interrelación entre los conceptos.

A continuación, se expondrán los resultados agrupados por cada superfamilia (Opinión de padres y/o tutores sobre la inclusión escolar, Opinión de adolescentes en tratamiento por consumo de drogas sobre la inclusión escolar, Opinión de profesionales de CTA sobre la inclusión escolar y Opinión de profesores sobre la inclusión escolar). En cada una de las superfamilias se expondrá la frecuencia de los códigos por entrevista, la conceptualización de las propiedades y dimensiones de las categorías con sus respectivas citas. Cabe destacar que cada uno de los datos expuestos, en cada Superfamilia, en su conjunto arrojará la percepción de los actores objeto de esta investigación.

Superfamilia: Percepción de padres o tutores de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas sobre Inclusión Escolar (OPIE).

1.1 Conocimiento de situación

Tabla N°22: *conocimiento acerca de situación escolar de pupilo*

| | Asistiendo a reuniones de apoderados | Cita con profesor(a) jefe | No la conozco | TOTAL Frecuencia citas |
|-------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------|------------------------|
| Apoderado 1 | X | X | | 2 |
| Apoderado 2 | X | | | 1 |
| Apoderado 3 | | | X | 1 |
| Apoderado 4 | | | X | 2 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti.

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Conocimiento de la situación escolar (COSIE):**

Este código recibe las citas textuales en las que se menciona de qué manera el apoderado y/o tutor tuvo conocimiento o no lo tuvo acerca de la situación escolar de su pupilo(a).

Citas:

A1:

“yendo a las reuniones de apoderados”

“contactándome con la profesora en su horario”.

A2:

“La conozco... yendo a reuniones”

A3

“no la conozco”.

A4

“no he sido informada de nada, incluso yo le pedí al asistente social que por favor me informe, estoy en el aire...nadie me ha dicho cómo va, incluso yo he preguntado cómo está la cosa...qué pasa”.

“No...y la semana pasada le pregunté al psicólogo del centro qué pasaba con el colegio, que quería saber todo lo referente a mi hijo, y no me dijeron nada; entonces lo que es el colegio, está en un signo de interrogación para mí”.

1.2 Conocimiento sobre Inclusión Escolar

Tabla N° 23: *Conocimiento sobre inclusión escolar*

| | Que la escuela los incluya en todas las actividades sin diferencias | Rendimiento, comportamiento y asistencia del alumno | Acciones que se realizan entre el centro y el colegio | No sabe lo que es inclusión escolar | TOTAL Frecuencia citas |
|-------------|---|---|---|-------------------------------------|------------------------|
| Apoderado 1 | X | | | | 1 |
| Apoderado 2 | | X | | | 1 |
| Apoderado 3 | | | | X | 1 |
| Apoderado 4 | | | X | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti.

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Conocimiento sobre inclusión escolar (COSOIE):**

Este código recoge todas las citas textuales en que se menciona lo que conciben los apoderados acerca del concepto de inclusión escolar.

Citas

A1

“es que el sistema los incluya que la escuela los haga parte de las cosas, de las actividades de todo, como un colegio normal, quizás también puede ser que no hagan diferencias por lo del problema de la Francisca... eso, no sé qué más agregar”.

A2

“Es el rendimiento de él, el comportamiento de él en clases también, como se comporta en sus ramos, en su asistencia, si lleva materiales...me imagino que es eso”.

A3



“No sé”.

A4

“Me imagino como un ajuste entre el centro y el colegio...van a hacer un movimiento para mejorar la situación de mi hijo en su colegio”.

1.3 Opinión respecto a la relación entre el Centro de Tratamiento Ambulatorio y establecimiento educacional

Tabla N°24: Opinión acerca de la relación entre CTA y establecimiento educacional

| | Buena | Regular | Mala | No tiene opinión al respecto | TOTAL Frecuencia citas |
|-------------|-------|---------|------|------------------------------|------------------------|
| Apoderado 1 | X | | | | 1 |
| Apoderado 2 | X | | | | 1 |
| Apoderado 3 | X | | | | 1 |
| Apoderado 4 | | | | X | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti.

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión acerca de la relación entre CTA y establecimiento educacional (ORECTAE):**

Este código recoge todas las citas textuales en que se da a conocer la opinión que tienen los apoderados acerca de la relación entre ambos centros (centro de tratamiento ambulatorio y establecimiento educacional al cual asiste su pupilo).

Citas

A1

“Súper conectados, súper conectados, por...por... vías internet, por correo electrónico, por llamadas de teléfono, de hecho gracias a esa comunicación que hay yo me he podido enterar que no ha estado muy bien y tratamos de arreglarlo al tiro, con un datito y yo voy al tiro, y allá lo mismo, me llaman por teléfono o me comunican y se reúnen para demostrarme como está él”.

A2

“Buena, nada que decir, están siempre en comunicación”.

A3

“por lo que sé siempre están informándose, o sea, yo sé que tienen buena relación”

A4

“no tengo idea de cómo se da esa relación con el colegio”.

1.4 Acciones que realizan o pueden realizar los profesionales de la educación en el contexto de la Inclusión Escolar

Tabla N°25: Opinión sobre acciones que realizan o pueden realizar los profesionales de la educación en el contexto de la inclusión escolar

| | Flexibilidad de horario | Apoyo | Información | Asesoría Psicológica | TOTAL Frecuencia citas |
|-------------|-------------------------|-------|-------------|----------------------|------------------------|
| Apoderado 1 | X SR | X SR | X SR | X NR | 4 |
| Apoderado 2 | | | X SR | | 1 |
| Apoderado 3 | | X NR | | X NR | 2 |
| Apoderado 4 | | X SR | X SR | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti.

Nota: (SR): se realiza; (NR): no se realiza.

▪ **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión sobre acciones que realizan o pueden realizar los profesionales de la educación en el contexto de la inclusión escolar (AREIE):**

Este código recoge todas las citas textuales que mencionan acciones que realizan los profesionales de los establecimientos educacionales y/o



aquellas que los apoderados consideran que se necesitan para contribuir a la inclusión escolar.

Citas:

A1

“Bueno, como él tenía ganas de venir y cumplir acá en el CTA, le daban el chance de venirse un ratito antes, eh... no sé, “Mamá no vino su hijo”, pero obviamente no el cien por ciento del colegio va a estar preocupado de mi hijo, entonces ciertas personas que sabían de la situación de él y puntualmente de lo que estaba pasando con CTA y conmigo nos apoyaron bastante, bastante hasta el día de hoy yo creo”.

“A mí personalmente nos ha ayudado puntualmente la orientadora, las inspectoras. No podría decir si hay alguien más allá detrás de ellas gestionando alguna ayuda”.

“Am...llamándome, avisándome, que... que... me reporten ellas... que lo llamen a él... lo toman del brazo y lo abrazan, y tratan de llegar a un niño como él, y le dicen cómo está, qué pasa en la casa, por qué no viniste ayer, es más cercano”.

“Si los papás plantearan la duda y el colegio gestionara algo, se armaría algo muy...muy....muy bueno para los niños, en cuanto a lo psicológico a lo que está pasando, o una orientadora más tal vez, un psicólogo o una psicóloga, pero en un liceo hay hartos problemas con los alumnos y no tan sólo de drogas”.

A2

“Bueno yo creo que... primeramente sabiendo el problema que tiene, sabiendo en la situación que ella se encuentra, informándose de la situación para que ellos puedan”.

A3

“Que hubiera más apoyo”

“Que hubieran más... no sé po’... am... un psicólogo o gente capacitada que pudiera orientar a los profesores y orientarla a uno también, porque uno también queda como... y va aprendiendo a cómo tratar el problema, la enfermedad y al principio cuesta”.



A4

“Mire...a mí no sé, como que me están catalogando de conflictiva o no sé qué.... pero en este colegio donde está mi hijo, yo estoy muy conforme porque he visto preocupación por mi hijo...estaban pendientes de él, si participaba o no participaba, me llamaban, me preguntaban... y yo siempre ubicaba a alguna persona y me atendían, me explicaban cómo iban a trabajar con Erich y yo vi resultados”.

1.5 Opinión sobre cómo puede ayudar (tutor o apoderado) a la Inclusión Escolar de su pupilo(a).

Tabla N°26: Opinión sobre cómo puede ayudar (tutor o apoderado) a la inclusión escolar de su pupilo.

| | Apoyo | Participación activa en la escuela o liceo | Exigencia de profesional especialista | Cambio de Colegio o liceo | TOTAL Frecuencia citas |
|-------------|-------|--|---------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Apoderado 1 | | | X | | 2 |
| Apoderado 2 | X | X | | | 2 |
| Apoderado 3 | | X | | | 1 |
| Apoderado 4 | | | | X | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti.

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión sobre cómo puede ayudar (tutor o apoderado) a la inclusión escolar de su pupilo(a) (OAIEP):**

Este código recoge todas las citas textuales que mencionan acciones que los apoderados mencionan que pueden realizar de ayuda a la inclusión escolar de su pupilo(a).

Citas

A1

“chicos como mi hijo se sientan y evitan demostrar sentimientos. Que evitan demostrar que están mal o que se sienten mal. No sé... que están



consumiendo drogas, están consumiendo alcohol... entonces ¿cómo uno como apoderado ayuda en eso?... solamente juntándose, haciendo una carta entre varios apoderados y gestionando que haya algún profesional que los atienda, que los chequee uno por uno, y que haga algún tipo de ficha, me imagino yo que pudiese como poner atajo a estas cosas que pasan en los liceos”.

“asegurarnos y pedir de alguna manera que haya un paraprofesor ahí pendiente... am... no de punto fijo, pero si pendiente de ciertos casos que son... que se les arranca de las manos a los inspectores y orientadoras, a los profesores mismos”.

A2

“yo creo que apoyándola y tratando que tenga todas las cosas necesarias, los materiales necesarios, que ella pida, si necesita un block no sé, darles esas cosas materiales que necesita para el colegio”.

“yendo a las reuniones y participando, yo soy súper participativa, me gusta mucho participar”.

A3

“Interiorizar más con la profesora, ver que quiere, pero más que eso no sé qué podría hacer yo en el colegio”.

A4

“Yo creo que en este momento...que él tenía muchas ganas de estudiar, y buscarle un colegio adecuado a su edad, que no sea nocturno, que no sea un mal colegio, que tenga las mismas...el conjunto de gente que trabaje ahí, que sean profesionales...que entre ellos y los del centro se trabaje en conjunto, y que haya gente que lo pueda ayudar, así como el centro tiene gente que lo puede apoyar, que en el colegio ocurra lo mismo”.

1.6 Percepción sobre Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas

Tabla n°27: *Percepción sobre la Inclusión Escolar*

| | Considera que existe inclusión escolar | Considera que no existe inclusión escolar | TOTAL Frecuencia citas |
|-------------|--|--|------------------------------|
| Apoderado 1 | | 7 | 7 |
| Apoderado 2 | 1 | | 1 |
| Apoderado 3 | | 2 | 2 |
| Apoderado 4 | | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti.

- **Conceptualización de dimensión:**
- **Percepción sobre la Inclusión escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático de drogas (OIETCD):**

Este código recoge todas las citas textuales que mencionan la percepción de apoderados acerca de la inclusión escolar de su pupilo(a); es importante destacar que estas opiniones se clasificarán en términos de su “existencia o no existencia”, lo que será apoyado con las citas siguientes.

Citas

A1

“Comportamiento igual es retraído, no comparte en convivencia, no comparte cuando hacen... no sé...actividades de curso a fin de año él no...no va, no va a participar y no participa, no hay un esfuerzo adicional del liceo así que creo que no”.

“vas a participar para ver esto y ver esto otro, para cooperar “No”. ¿Por qué?
“No me gusta, no me hallo con el curso”, siempre hay un pero...”.

“como han mirado alguna vez a mi hijo...como...que se quede con el CTA y yo hago mi labor de profesora de matemáticas o lenguaje y me voy a mi casa. Entonces se tira siempre a tirarlo más a lo social, porque creen que son



problemáticos porque les gusta el conflicto o porque son revoltosos, pero no entienden que hay un problema más allá”.

Y del colegio como mi única queja es que no hay un psicólogo aquí que esté ahí pendiente de los casos como mi hijo... o ¡peores que él!, que están más descontrolados y que están más desamparados que mi hijo... esa es mi mayor preocupación.

“yo la primera reunión que tuve con la profesora que es nueva, me di cuenta que ella no conocía mi hijo y que tampoco le interesaba conocerlo, entonces ahí me preocupe, ahí ya me preocupe, porque él ya estaba ingresado acá en el CTA y... estábamos solamente sostenidos por ellos...acá (CTA)”.

“(señala trabajos hechos por los usuarios en CTA) acá hacen reforzamiento en estudio, lo que les va mal, les chequean las notas y están en contacto con el liceo... esa misma actitud deberían tomar en el colegio, preocupación con la persona, qué está pasando con el alumno, que está pasando con ellos, no decir ¡chuta que lastima lo siento! Cierro el libro y no me importa. Igual me preocupó a mí esa frialdad con la que ven los casos”.

“Por eso el CTA no puede seguir haciendo más de lo que hace con mi hijo, porque faltó un apoyo desde otro lado, un apoyo desde el liceo...aparte del apoyo de la orientadora y de las inspectoras, faltó algo más. No sé qué exactamente...tal vez un psicólogo, yo insisto”.

A2

“Yo siento que la incluyen, no hay problema, les pasan las mismas materias a todos, si hay un problema te llaman, todo”.

A3

“No, no hay”.

“Porque no los entienden, no...dicen que son niños rebeldes, que no...como un cero a la izquierda, y en vez de incluirlos lo aíslan”.

A4

“La verdad yo creo que no, aunque sé que se hacen alguno que otro esfuerzo, todavía no se ha logrado... lo ven como que son cabros drogadictos y nada más, eso yo pienso a veces”.

Tabla N°28: resumen de frecuencias de los códigos por documentos
primarios

| | P 1: Apoderado 1 | P 2: Apoderado 2 | P 3: Apoderado 3 | P 4: Apoderado 4 | TOTALES: |
|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| COSIE | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| COSOIE | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| AREIE | 4 | 1 | 2 | 1 | 8 |
| OAIEP | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| ORECTAE | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| OIETCD | 7 | 1 | 2 | 1 | 11 |
| TOTALES: | 17 | 7 | 8 | 7 | 39 |

Fuente: Atlas.ti versión 7

2. Superfamilia: Percepción de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas sobre Inclusión Escolar (OPIE).

2.1 Conocimiento sobre inclusión escolar

Tabla N° 29: Conocimiento sobre Inclusión Escolar

| | Integración por parte de profesores y compañeros | Ayuda en el proceso de adaptación al colegio | Aceptación | No sabe lo que es inclusión escolar | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|--|--|------------|-------------------------------------|------------------------|
| Adolescente 1 | X | | | | 2 |
| Adolescente 2 | | X | | | 1 |
| Adolescente 3 | | | X | | 1 |
| Adolescente 4 | | | | X | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**
- **Conocimiento sobre Inclusión Escolar (COSOIE):**



Este código recoge las citas textuales asociadas a lo que entienden los adolescentes en tratamiento sobre el concepto “Inclusión Escolar”.

Citas

A1

“cuando uno llega a un colegio y lo tratan de integrar”.

“Cuando uno no comparte mucho con las personas, o no tiene mucho conocimiento, prácticamente eso....cuando los profesores y los compañeros lo tratan de integrar”.

A2

“mmm, como...ayudar a adaptarse en el colegio, con los compas, con los profes”.

A3

“mmm, ¿aceptación? Emmm... no sé, aceptación sin... umm”.

A4

“Que... amm...no “cacho” mucho”.

2.2 Percepción sobre inclusión escolar

Tabla N°30: *Percepción sobre Inclusión Escolar*

| | Sí se siente Incluido | No se siente incluido | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Adolescente 1 | X | | 1 |
| Adolescente 2 | X | | 1 |
| Adolescente 3 | X | | 1 |
| Adolescente 4 | X | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**
- **Percepción sobre la propia inclusión (PEIE):**



Este código incluye todas las citas textuales en que los adolescentes entrevistados manifiestan sentirse o no incluidos en el establecimiento educacional al cual asisten regularmente.

Citas

A1

“Emmm...Se podría decir que sí”.

A2

“No, nunca...siempre me he sentido incluida en el colegio, no he pasado por situaciones difíciles que me hagan sentir excluida”.

A3

“por... en torno a profesores...umm paradocentes, inspectores, todos hacen que te integres de una u otra forma”.

A4

“Sí po, me siento incluido”

2.3 Opinión sobre mejoras a realizar para una mejor inclusión escolar en el establecimiento educacional

Tabla N°31: *Opinión sobre mejoras a realizar para una mejor Inclusión Escolar en el establecimiento educacional*

| | Expulsar a alumnos con conductas disruptivas | Charlas sobre de drogas y alcohol | Flexibilizar las clases | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|--|-----------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Adolescente 1 | X | | | 1 |
| Adolescente 2 | | X | | 2 |
| Adolescente 3 | | | X | 1 |
| Adolescente 4 | X | | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

▪ Conceptualización de dimensión:

- **Opinión de adolescentes sobre mejoras a realizar en establecimiento educacional para una mejor inclusión escolar (OMEIE):**



El presente código recoge todas las citas textuales en las que adolescentes manifiesten que tipo de mejoras se deben realizar en su establecimiento educacional en para una mejor inclusión escolar.

Citas:

A1

“Por mi vista...yo diría que sacaran a todos esos niños que hacen cosas malas o que consumen en el colegio”.

A2

“a ver...es que yo en el colegio donde estudio, son como súper...mmm cómo decirlo...como súper cuicos...entonces cuando yo llegué al colegio, o sea yo ya había estado antes en ese colegio...y cuando llegué fue como que... por el tema de las drogas y el alcohol...era como que se veía como súper mal y hablaban y todo...pero a mí nunca me ha afectado, ni nada...pero creo que se deberían hacer como charlas...o cosas así”.

“entonces sería bueno que hicieran charlas desde más chicos”.

A3

“Hartos (risa), mmm como...los mismo profesores... organizar bien sus clases, o sea... tienen una pauta, siguen una pauta y todo pero es todo muy rígido, y al ser muy rígido llegan a la sala y es aceptación o...los chiquillos lo niegan así, no lo aceptan, es todo o nada, es buena onda o mala onda es como... eh bueno, son personas no pueden llegar con la risa así si tienen problemas en su casa, son personas, tienen que organizar más sus clases, una clase entretenida, como le hacen en los jardines a los niños”.

A4

“Igual que empecemos yendo de a poco igual. Que... porque igual van a estar los compañeros de uno que van a estar incitando a consumir y... van a haber cabros que van a estar hablando de consumo y me pasó muchas veces eso en el colegio que cuentan cuando fueron a las fiestas y todo lo que consumieron y uno que es adicto quea' en la “mea' seca, tienen que sacarlos po”.



2.4 Adaptación del colegio a la problemática.

Tabla N°32: Adaptación del establecimiento educacional a la problemática

| | Se adapta | No se adapta | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|-----------|--------------|------------------------------|
| Adolescente 1 | X | | 1 |
| Adolescente 2 | X | | 2 |
| Adolescente 3 | X | | 1 |
| Adolescente 4 | X | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**
- **Adaptación del establecimiento educacional a la problemática (AEP)**

Este código recoge todas las citas textuales en que los adolescentes entrevistados manifiestan, según su percepción, si es que el establecimiento educacional se adapta o no a su problemática.

Citas

A1

“Yo creo que sí, porque los profes me han apoyado y todo...aunque mis compañeros sean un riesgo para mí”

A2

“Sí, se adapta de buena manera...”

“Por ejemplo habían días en q yo me iba antes, y en mi colegio solamente te puede retirar el apoderado, pero yo llevaba la fotocopia de la rutina del CTA y me autorizaban salir más temprano y sola hacia el CTA. También la inspectora y la jefa de UTP siempre me preguntaban cómo me iba en el tratamiento, entonces siempre estaban pendientes de eso”.

A3

“Sí, se adapta a diferentes problemáticas, no sólo CTA”.



A4

“Sí...el colegio igual me apoyó mucho...cuando me sentía “desesperao”, con ganas de consumir... ¿me entiende?, yo tenía que ir y tomar la conciencia y contarle a ellos, y cuando tomaba conciencia les contaba, porque a veces habían días que me sentía muy mal, con depresión porque echaba de menos a mi familia y... eso también, mis amigos, mis primos...y... les contaba...entonces le avisaba y me daban el S.O.S, que es la pastilla que relaja. Y del centro na’ que decir”.

2.5 Ayuda docente en el proceso de inclusión.

Tabla N°33: *Ayuda docente en el proceso de inclusión*

| | Flexibilidad con trabajos y/o pruebas | Concientización en el aula | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Adolescente 1 | X | | 1 |
| Adolescente 2 | X | | 1 |
| Adolescente 3 | X | | 1 |
| Adolescente 4 | X | X | 2 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

▪ **Conceptualización de dimensión:**

- **Ayuda docente en el proceso de inclusión (API):**

Este código representa a aquellas citas textuales en la que los adolescentes entrevistados manifiestan según su percepción, de qué manera los docentes los han apoyado en su proceso de inclusión escolar.

Citas

A1

“En este momento hago pruebas y entrego trabajos los días viernes, pero durante toda la semana hago trabajos o estudio. Y cuando iba a clases



los hacia allá, pero era mucha la distracción o era poca la concentración que podía lograr en el colegio”.

A2

“Yo las tomaba igual que todos, pero siempre me decían que en caso que....porque igual yo iba hartos días al CTA, entonces me decían que si tenía una prueba y que si de verdad no había alcanzado a estudiar que mejor hablara con el profe y la jefa de UTP me respaldaba con eso, y me daban la oportunidad de dar la prueba otro día”.

A3

“En...los permisos... emm... las pruebas y en... los tiempos, te mejoran los tiempos, para dar una prueba, o te hacen pruebas dobles, cosas así”.

A4

“Amm... si, como que ellos hablaban con los compañeros yo igual hablé con algunos pa’ preguntar cómo se hace eso. Yo entré en marzo al colegio y ya estaba empezando el año, y eso”.

“Eh... con las pruebas me ayudaban. Si yo no sabía na’ me ayudaban, me decían... me daban como un...como una pequeña historia, y después yo tenía que tomar lo de la misma historia y ponerlo...en matemáticas tenía un libro igual que lo tenía que hacer en el centro con los tíos, y eso también me ayudó a estudiar porque me ayudó a pasar tareas que eran de cuarto o quinto básico que igual se me habían olvidao’ todas esas cosas”.



2.6 Relación entre Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) y establecimiento educacional.

Tabla N° 34: *Opinión sobre la relación entre el Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) y establecimiento educacional*

| | Buena relación entre ambos centros | Relación regular entre ambos centros | Mala relación entre ambos centros | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Adolescente 1 | X | | | 1 |
| Adolescente 2 | X | | | 2 |
| Adolescente 3 | X | | | 1 |
| Adolescente 4 | X | | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

▪ Conceptualización de dimensión:

- Opinión sobre la relación entre el Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) y establecimiento educacional (OCE)

Este código recoge las citas textuales en las que los entrevistados opinan sobre la relación existente entre el centro de tratamiento ambulatorio (CTA) y el establecimiento educacional al cual pertenecen.

Citas

A1

“Se podría decir que ha sido una relación buena, porque los lazos entre el colegio y el centro de tratamiento han producido buenos cambios y hartos avances porque he seguido estudiando aunque no asista a clases, pero el colegio se ha preocupado que yo siga estudiando aquí en el centro, ha sido una buena relación”.

A2

“Para mi yo creo q fue buena”.



“Y sé que la gente del CTA iba al colegio, pero no sé cuántas veces iban, porque yo estaba en clases, entonces no sabría decir, pero la relación fue buena”.

A3

“es buena porque hay comunicación, cuando hay que venir pa’ acá avisan también, tiene todo informado ahí, tienen una pauta allá y una pauta acá”.

A4

“Nooo... un Siete, hablaban siempre pa’ lo que necesitaran, habían reuniones... por lo que yo sé no ma”.

2.7 Opinión sobre si el establecimiento educacional es apropiado para el alumno.

Tabla N°35: Opinión establecimiento apropiado para alumno

| | Sí es apropiado | Indecisión Sí / No | No es apropiado | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|-----------------|-----------------------|-----------------|------------------------------|
| Adolescente 1 | | X | | 1 |
| Adolescente 2 | X | | | 1 |
| Adolescente 3 | | X | | 1 |
| Adolescente 4 | | X | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión Establecimiento apropiado para alumno. (OEAA):**

Este código recoge citas textuales en las que los adolescentes entrevistados manifiestan su opinión respecto a si el establecimiento en el que se encuentran insertos, es o no apropiado para ellos.

Citas

A1



“Si y no, porque está el peligro de recaer, pero no lo hice, porque el tratamiento me hizo tomar buenas decisiones, pero me sentí mal varias veces y logre pasar esa etapa”.

A2

“Si yo creo que sí, porque bueno...yo estuve de kínder a octavo y en ese tiempo el colegio no tenía media, entonces yo me fui al liceo A-38, el año pasado empezaron con media, entonces mi mamá me dijo que mejor volviera al colegio, porque se nota el cambio en el tema de notas, en el ambiente...”

A3

“eh... sí y no, sí, porque aprendo lo que aprenden todos en los demás colegios o liceos y no por lo mismo, por la clase, las clases no son entretenidas, uno es como un Zombie (risas) con una pizarra”.

A4

“ehh...igual sabían, peor no sé si tan apropiado, pero...porque...yo era su primer caso, tenían muy pocos recursos...”.

Tabla N°36: resumen de frecuencias de los códigos por documentos primarios.

| | P 1: Adolescente 1 | P 2: Adolescente 2 | P 3: Adolescente 3 | P 4: Adolescente 4 | TOTALES: |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------|
| AEP | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| API | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| COSOIE | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| OCE | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| OEAA | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| OMEIE | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| PEIE | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| TOTALES: | 8 | 10 | 7 | 8 | 33 |

Fuente: Atlas.ti versión 7

3. Superfamilia: Percepción de docentes sobre Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas

3.1 Opinión: Derivación de alumnos con problemática de consumo de drogas

Tabla N°37: Opinión sobre derivación de alumnos con problemática de drogas

| | Si, se encuentra bajo sus atribuciones | A veces, se encuentra bajo sus atribuciones | No es parte de sus atribuciones | TOTAL Frecuencia citas |
|------------|--|---|---------------------------------|------------------------|
| Profesor 1 | X | | | 1 |
| Profesor 2 | X | | | 1 |
| Profesor 3 | | | X | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión Derivación bajo atribución (ODEA):**

Este código recoge todas aquellas citas textuales en las que los docentes manifiestan si es que consideran o no que la derivación de alumnos con consumo problemático de drogas se encuentra bajo sus atribuciones.

Citas

P1

“Claro, tengo q involucrarme, la ley me lo exige, si yo sé y tengo conocimiento de que hay consumo, tengo que hacer la denuncia, no la investigación ni el proceso, pero tengo que denunciar de acuerdo a los protocolos establecidos para ello”.

P2: “Si, sería importante, sobre todo porque uno como profesora es parte de su aprendizaje también y es necesario saber de ellos, de sus familia, de su alrededor, de su entorno, para saber de ellos y no solamente pasar materia”.

P3

“Ehh no, porque yo puedo equivocarme, primero tendría que saber si efectivamente yo pillo a alguien con droga y también el colegio tiene un protocolo, no hay una subjetividad de parte de un profesor, yo puedo pesquisar quizás, pero derivar no, porque hay todo un protocolo, hay una psicóloga, cierto, está la dirección misma en aquello, lo que yo tengo que hacer es informar a mis superiores”.

3.2 Percepción sobre Inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Tabla N°38: *Percepción sobre Inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas*

| | Existe realmente inclusión | No existe realmente inclusión | TOTAL Frecuencia citas |
|------------|----------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Profesor 1 | | X | 1 |
| Profesor 2 | X | | 2 |
| Profesor 3 | | X | 2 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Percepción sobre inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas (PIEAT):**

Este código recoge todas aquellas citas textuales en las que docentes manifiesten su percepción a través de su conocimiento y/o experiencias vividas respecto a la existencia o no de inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo de drogas.

Citas

P1

“No, yo creo que hay q seguir trabajando para eso, porque todos estos niños que manifiestan problemáticas, tanto los que tienen NEE, no se hace realmente una inserción como corresponde, no hay adaptaciones



curriculares, no hay adaptación al plan de estudios, entonces yo podría decir que son muy pocos los colegios que hacen realmente inclusión”.

P2

“A ver, la idea es que si bien es cierto, hay niños que están en ese mundo, y algunas personas manejan eso, la idea no es divulgarlo; para que todos tengan la misma forma de aprender, obviamente son todos diversos, no todos aprenden de la misma forma”.

“Si, se da de buena manera, no hay situaciones que los denigren ni nada de eso”.

P3

“puedo decirte es bastante complicado, porque a veces carecemos de las herramientas necesarias y necesitamos nosotros capacitación para poder digamos, asumir ciertos problemas que se desarrollan dentro del aula, porque inclusión no tiene que ver solamente con dificultades de aprendizaje sino que también tiene que ver con dificultades conductuales principalmente y cuando hay un mal clima dentro del aula es difícil entregar los contenidos, entonces hay un tema que se debe trabajar mucho más, no es un tema solamente de una mirada emocional del tema, sino que se necesita mucha ayuda profesional para poder asumir...”

“La verdad yo creo que no existe la inclusión como tal en los colegios, menos de este tipo de jóvenes, lo esfuerzos están, pero existe la falta de capacitación adecuada, de instruirnos más para tratar con ellos, como que el tema de inclusión está muy en boga, pero no es lo que se da en la realidad”.

3.4 Opinión de docentes sobre presencia de Necesidad educativa especial (NEE) en adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Tabla N°39: Opinión presencia de Necesidad Educativa especial

| | Sí, presentan una NEE | No presentan una NEE | TOTAL Frecuencia citas |
|------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| Profesor 1 | X | | 1 |
| Profesor 2 | | X | 1 |
| Profesor 3 | X | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión Presencia de NEE (OPNEE):**

Este código recoge las citas textuales en las que docentes consideran o no que los adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas presentan una Necesidad Educativa Especial (NEE).

Citas

P1

“Por supuesto, es una necesidad educativa especial y requieren atención y cuidado y requiere que nosotros como establecimiento, establezcamos situaciones q les permitan prevenir o ayudarlos para salir del entorno en donde están”.

P2

“No, para mí los alumnos con necesidad educativa especial son los que tienen problemas de aprendizajes, pero no por problemas de drogas, sino que por una patología, aunque se pueda considerar enfermedad, porque he conocido gente que está metida en la droga, y son muy inteligentes”.

P3

“Eh sí, de todas maneras, porque a ver cómo te digo, no tengo la experiencia mucha en el tema de drogas, pero en el tratamiento del tema conductual, porque en el caso del chico que te hablaba era un chico muy inteligente, de hecho hubo clases que se sacaba la mejor nota a pesar de que pudiera estar disminuido en el área social, porque la relación con sus pares era imposible, o sea, él entraba y ya los compañeros lo rechazaban, le tiraban frutas, siempre tenía hambre es como eso que le llaman, el bajón”.

3.5 Opinión de docentes sobre quienes deben intervenir en la problemática.

Tabla N°40: Opinión sobre Quiénes deberían intervenir en la problemática

| | Comunidad escolar | Otros(as) | TOTAL Frecuencia citas |
|------------|-------------------|-----------|------------------------------|
| Profesor 1 | X | | 1 |
| Profesor 2 | X | | 1 |
| Profesor 3 | X | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión Quiénes deberían intervenir en la problemática (OIPRO):**

Este código recoge las citas textuales en donde docentes opinan acerca de quienes deberían intervenir en la problemática de la inclusión escolar de adolescentes con consumo problemático de drogas.

Citas

P1

“Todos...este es un problema de la comunidad, y el colegio es una comunidad educativa donde participa desde el portero hasta lamas alta autoridad del establecimiento, los apoderados, usar las máximas redes de apoyo que existen, pero eso requiere un proceso formativo y tener objetivos claro en cuanto a lo que nosotros queremos en la acción de prevenir, porque como te digo...sería iluso pensar que como



colegio voy a trabajar con un chiquillo aquí cuando él va a llegar a su casa y al lado van a estar vendiendo droga”.

P2

“Bueno siempre debiese estar presente inspección por el tema de la conducta, la psicóloga, para tratar de sacarlo y darse cuenta en lo que se están metiendo, también un apoyo que tengan de los profesores, o sea todos”.

P3

“La comunidad educativa, tiene que armarse de herramientas para poder ayudar efectivamente a que estos alumnos no queden en el aire, o sea, deberíamos capacitarnos todos para saber exactamente qué hacer, porque todo pasa por las voluntades, pero no hay cuerpo legal de gobierno, que diga que se debe hacer en que y tal caso”.

Tabla N°41: Resumen de frecuencias de los códigos por documentos primarios

| | P 1: Profesor 1 | P 2: Profesor 2 | P 3: Profesor 3 | TOTALES: |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|
| ODEA | 1 | 1 | 1 | 3 |
| PIEAT | 1 | 2 | 2 | 5 |
| OPNEE | 1 | 1 | 1 | 3 |
| OIPRO | 1 | 1 | 1 | 3 |
| TOTALES: | 4 | 5 | 5 | 14 |

Fuente: Atlas.ti versión 7

4. Superfamilia: Percepción de profesionales del Centro de Tratamiento sobre Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

4.1 Percepción de profesionales del centro de tratamiento sobre el trabajo que se realiza con adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas en el contexto de inclusión escolar.



Tabla N°42: *Percepción de profesionales de CTA acerca de trabajo que se realiza en el contexto de la inclusión escolar*

| | Eficiente | Regular | Deficiente | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|-----------|---------|------------|------------------------------|
| Profesional 1 | | | X | 1 |
| Profesional 2 | X | | | 2 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

▪ **Conceptualización de dimensión:**

- **Percepción de profesionales del centro de tratamiento sobre el trabajo que se realiza con adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas en el contexto de inclusión escolar (PTAIE):**

Este código recoge las citas textuales en las que los profesionales del centro de tratamiento manifiestan su percepción (a través de su experiencia), sobre cómo ha sido el trabajo que se ha realizado con adolescentes en el contexto de esta problemática.

Citas

P1

“Deficiente, ya que no es una línea de trabajo de los establecimientos educacionales, sino pasa por voluntades particulares de profesores vinculados con los jóvenes. Aun no hay sensibilización acerca que el consumo de drogas es un problema de salud mental”.

P2

“En general, los equipos docentes muestran ciertas resistencias a las adecuaciones que requiere el joven desde nuestra perspectiva. No obstante, contamos con un pequeño grupo de colegios, escuelas y liceos que poseen equipos docentes comprometidos con la mirada de salud mental que otorgamos al consumo problemático de drogas en los jóvenes, y que desde ahí, acoge las sugerencias que realizamos en términos de las adecuaciones que consideramos acertadas para favorecer los procesos de inclusión de los espacios educativos, ya sea, en términos horarios, curriculares, de clima del aula, etc.”.



“Desde ahí, por supuesto que la evaluación es tremendamente positiva, aunque por cierto aún queda mucho camino por recorrer para que sea ésta, una estrategia que llegue a todos los jóvenes que la requieren”.

4.2 Percepción de los profesionales del Centro de Tratamiento acerca de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Tabla N°43: *Percepción de profesionales de CTA sobre Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas*

| | Existe Inclusión Escolar | No existe inclusión escolar | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Profesional 1 | | X | 1 |
| Profesional 2 | | X | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**
- **Percepción de profesionales del Centro de Tratamiento acerca de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento (PIEA):**
Este código recibe todas aquellas citas en las que profesionales pertenecientes al Centro de Tratamiento manifiestan la existencia o no de Inclusión escolar para adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Citas

P1

“Más que inclusión diría que lo que se realiza es integración, si bien es un paso a llegar a la inclusión, se ve que es un trabajo que implicara sensibilización, apoyo de centros de tratamientos, y constante aprendizaje”.



P2

“se requieren hartas voluntades para lograrlo, desde el propio joven quien debe comprometerse no solo con su propio tratamiento, sino que además con la re significación de su experiencia educativa... luego, la disposición de un equipo docente que esté dispuesto a creer en la voluntad del joven, a creer también en el respaldo efectivo del equipo de tratamiento...finalmente, la voluntad también de un grupo de pares que esté dispuesto también a favorecer el clima en el aula para que la experiencia sea exitosa...”.

4.3 Opinión de profesionales del Centro de Tratamiento acerca de los aspectos negativos y positivos del trabajo en la temática de la inclusión escolar de adolescentes con consumo problemático de drogas.

Tabla N°44: Opinión de profesionales de CTA sobre aspectos negativos y positivos del trabajo en Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento

| | Aspectos positivos | Aspectos negativos | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|--|--|------------------------|
| Profesional 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Atención • Adecuación curricular • Acompañamiento al adolescente | <ul style="list-style-type: none"> • Se basa en voluntades. • Estigmatización de adolescentes. | 1 |
| Profesional 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de cambio. | Sin comentarios negativos | 2 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

- **Conceptualización de dimensión:**
- **Opinión de profesionales del Centro de Tratamiento acerca de los aspectos negativos y positivos del trabajo en la temática de la inclusión escolar de adolescentes con consumo problemático de drogas (OPANAP):**



Este código recoge las citas textuales en que los profesionales del Centro de Tratamiento manifiestan aspectos positivos y negativos del trabajo en el contexto de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Citas

P1

“Lo positivo se enfoca en la atención, adecuación curricular y mayor acompañamiento al o la adolescente. Negativo, tiene relación con lo anterior, pasa por voluntades, y en ocasiones se estigmatiza al joven, por ser “diferente”.

P2

“Lo positivo vinculado a la posibilidad de cambio... de giro en la historia de una persona real...”

“(...)y más que pensar en lo negativo, pienso en los desafíos que nos quedan por delante... para ello, el director del programa ya ha trazado los lineamientos del trabajo en este sentido en términos de capacitaciones, la difusión de una guía para equipos docentes, la difusión de ciertos estudios realizados por el programa, entre otros... Hay hartito en que trabajar, somos un equipo un poco inquieto en ese sentido...”

4.4 Opinión sobre cambios, mejoras y/o propuestas para la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Tabla N°45: Opinión sobre cambios, mejoras y/o propuestas para la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas

| | Cambios, mejoras y/o propuestas | TOTAL Frecuencia citas |
|---------------|--|------------------------------|
| Profesional 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de inclusión • Levantar información recabada en los últimos años. • Trabajo conjunto con Seremi de educación | 1 |
| Profesional 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar colegios • Incorporar la mirada de salud a la temática más allá de la arista social. • No invisibilizar a los pares en su rol de agentes facilitadores del clima en aula. | 1 |

Fuente: Elaboración Propia, basado en Atlas.ti

▪ **Conceptualización de dimensión:**

- **Opinión sobre cambios, mejoras y/o propuestas para la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas (OCMPIE)**

Este código recoge las citas textuales en las que profesionales declaran sobre qué tipo de cambios, mejoras y/o propuestas pudiesen realizarse en el contexto de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.



Citas

P1

“Enfocaría a realizar una propuesta de inclusión, levantando información recabada por estos años, acompañado con trabajo en conjunto con Seremi de Educación, para respaldar información”.

P2

“Pienso que lo primero es incorporar los actores y actrices que están ausentes aun... colegios principalmente. Lo segundo es la incorporación de la mirada de salud a la temática por parte de los equipos docentes, más allá de la arista social... Finalmente, me parece que aún están muy invisibilizados los pares en su rol de agentes facilitadores del clima afectivo del aula... me parece que con esos elementos ya daríamos un salto cualitativo en términos de inclusión escolar”.

Tabla N°46: *Resumen de frecuencias de los códigos por documentos primarios*

| | P 1: Profesional 1 | P 2: Profesional 2 | TOTALES: |
|-----------------|--------------------|--------------------|-----------|
| OCMPIE | 1 | 1 | 2 |
| PTAIE | 1 | 2 | 3 |
| PIEA | 1 | 1 | 2 |
| OPANAP | 1 | 2 | 3 |
| TOTALES: | 4 | 6 | 10 |

Fuente: Atlas.ti versión 7



Interpretación de la información obtenida a través de entrevistas

- Percepción de padres o tutores de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas sobre Inclusión Escolar.

La importancia de recabar información proveniente de padres y/o tutores de adolescentes que se encuentran en tratamiento, radica principalmente en la relevancia que poseen ellos como fuente principal de apoyo y contención durante el proceso que atraviesa el adolescente; a través de las entrevistas se recoge información valiosa sobre el punto de vista familiar la cual sirve para comprender de qué manera padres y/o tutores en el papel de apoderados participan de la vida escolar de su pupilo; asimismo, bajo la temática de la inclusión escolar, nos permite entender aquellos hechos, situaciones y/o experiencias que van conformando la percepción que ellos poseen acerca de la temática objeto de estudio.

Conocimiento de la situación escolar, en este código de análisis los resultados señalan que la mitad de los(as) entrevistados(as) tienen conocimiento de la situación escolar de su pupilo asistiendo a reuniones de apoderados o concertando una cita con el profesor(a), la otra mitad no la conoce, cabe destacar que algunos apoderados manifiestan haberse desligado de la vida escolar de su pupilo debido a que sienten que el Centro de Tratamiento ha asumido en parte el papel que le corresponde a ellos como apoderado o no se encuentran conformes con la información brindada por el establecimiento educacional, por otro lado y en relación a esto último, los pupilos de estos apoderados son aquellos que más han tenido problemas de integración e inclusión en sus contextos escolares, esto puede deberse a una relación entre el apoyo familiar y su experiencia educativa. Respecto al código *Conocimiento sobre inclusión escolar*, es importante mencionar el poco conocimiento que manejan los apoderados sobre el concepto de inclusión escolar y esto puede ser debido a lo nuevo del concepto en el ámbito social y académico, aunque existen algunas nociones sobre la significación de este por parte de algunos apoderados, se da un desconocimiento general del concepto en sí, lo anterior no significa que de manera inconsciente y a través del relato los apoderados manifiesten elementos pertenecientes a la temática con los cuales se puede llegar a configurar su percepción sobre la inclusión escolar de sus pupilos.



El código de *Opinión acerca de la relación entre Centro de Tratamiento Ambulatorio y establecimiento educacional*, nos brinda información sobre lo que los apoderados opinan sobre la relación entre ambos centros, a través de cómo ellos califican esta relación, según la información recogida, en su mayoría los apoderados califican esta relación como “Buena”, siendo sólo un apoderado quien no manifiesta opinión al respecto, según el relato, ambos centros mantienen una retroalimentación de información constante acerca de la situación escolar del adolescente, en donde se han establecido protocolos de acción entre los centros; la activación y coordinación de redes es un elemento altamente positivo en el proceso de adaptación de jóvenes al contexto educativo pudiendo aportar al avance de los adolescentes en su curriculum escolar y en sus competencias para la nivelación en términos académicos con sus pares.

En relación a la *Opinión sobre acciones que realizan o pueden realizar los profesionales de la educación en el contexto de la inclusión escolar*, los datos arrojados señalan que las acciones que más se llevan a cabo por los docentes según la opinión de los apoderados son las de “información”, seguida por la de “apoyo” y “flexibilidad de horario” y aquella que no se realiza y que los apoderados creen que debiese realizarse es la de “Asesoría Psicológica”, ellos manifiestan la necesidad de que los establecimientos educacionales cuenten con un Psicólogo(a) permanente debido a que muchas veces se necesita contención y consejo profesional en momentos de crisis, tanto para el adolescente como para el apoderado, es importante mencionar la importancia de tratar con este tipo de asesorías no sólo a jóvenes con problemas de consumo de drogas sino también a aquellos que presentan diversas problemáticas, de esta manera mejoraría el clima escolar y como consecuencia de ello mejoraría la inclusión en este contexto del alumno en tratamiento.

En el código *Opinión sobre cómo puede ayudar (tutor o apoderado) a la inclusión escolar de su pupilo(a)*, destaca “la participación activa en la escuela o liceo” como el elemento más nombrado por apoderados, otra de las acciones nombradas son “apoyo”, “exigencia de profesional especialista” y “cambio de colegio o liceo”; Que destaque la participación activa en la escuela o liceo es un elemento positivo, ya que permite a través de ella formar parte de la vida escolar del pupilo(a), llevando en consecuencia a un mayor apoyo, la exigencia de profesional especialista queda de manifiesto en el código anterior como una necesidad imperante a ser resuelta, por otro lado el cambio de colegio o liceo se dilucida como una medida drástica,



quizás esta opinión esté influenciada por el clima escolar del colegio o liceo en el cual el pupilo este inserto y que influya de manera negativa en su desempeño o en su conducta. Finalmente en el código *Percepción sobre la Inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas*, los apoderados manifiestan en su mayoría que la no existencia de Inclusión Escolar con sus pupilos, en general los apoderados señalan la presencia de estigmatización hacia los adolescentes que provoca en ellos el deseo de no participar y por ende el sentimiento de exclusión, esta estigmatización creen ellos proviene del hecho de tomar el consumo problemático de drogas como un problema sólo de índole social y no como un enfermedad en tratamiento, además, algunos apoderados manifiestan poco apoyo en incluir a sus pupilos de parte los profesores.

- Percepción de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas sobre Inclusión Escolar.

El punto de vista del adolescente como actor principal objeto de este estudio, resulta primordial en el proceso de comprensión de la temática de la Inclusión educativa, los adolescentes aportaron información valiosa bajo el alero de sus propias experiencias vividas en los distintos establecimientos educacionales; La interpretación de la información recogida nos brindará en su conjunto la percepción de estos actores sobre su propio proceso de inclusión escolar.

Conocimiento sobre Inclusión Escolar, en relación a este código los adolescentes (en su mayoría), manifiestan tener nociones generales sobre el concepto, entendiéndolo como “la manera en que el establecimiento los hace parte de la comunidad educativa”, noción que es compartida dentro de la conceptualización de la Inclusión Escolar, por tanto, los adolescentes sí mantienen un nivel de conocimiento sobre la temática en cuestión, es importante mencionar que este conocimiento es una idea general y no un conocimiento que contemple otros elementos importantes dentro de la Inclusión Escolar; por otro lado, en el código *Percepción sobre la propia inclusión*, todos los adolescentes entrevistados señalan sentirse incluidos en el colegio o liceo, esto puede deberse a que si bien se sienten parte del establecimiento ellos no contemplan otros elementos importantes como es por ejemplo, el tema de las adecuaciones curriculares que pueden realizar profesores bajo este contexto u otro tipo de acciones que pueden emplear los profesionales de la educación en pro de una mayor y mejor inclusión de



adolescentes con esta problemática; Respecto al código *Opinión de adolescentes sobre mejoras a realizar en establecimiento educacional para una mejor inclusión escolar*, principalmente ellos mencionan la “expulsión de alumnos con conductas disruptivas” como principal aspecto a mejorar, esto se relaciona directamente con el clima escolar imperante en el establecimiento educacional en el cual se encuentran insertos, a través de las entrevistas realizadas, los adolescentes mencionan que muchas veces otros alumnos con conductas disruptivas son elementos nocivos en su proceso de tratamiento, y que el consumo o tráfico de drogas puede hacerlos entrar en “crisis” y recaer, por lo cual sienten que es un peligro para ellos, por lo antes mencionado, es que los adolescentes creen que si estos alumnos con conductas disruptivas son expulsados, ello mejoraría la efectividad del tratamiento y el clima dentro del colegio o liceo, mejorando de esta manera el proceso de inclusión escolar. Los otros aspectos a mejorar dicen relación con la necesidad de que se realicen charlas para la comunidad educativa sobre alcohol y drogas y que exista flexibilidad en clases, con respecto al tema de las charlas, el(la) adolescente manifestó que el desconocimiento sobre la problemática de alcohol y drogas provoca que muchos adolescentes no comprendan la magnitud del problema, por ende, esto pudiese llevarlos al consumo experimental; bajo esta lógica, la concientización del problema de consumo de drogas permitiría que la comunidad educativa tuviera más herramientas para comprender que la Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento de drogas es necesaria para la inserción social. Respecto a la flexibilidad en las clases, el (la) adolescente señala que a través de ello la Inclusión mejoraría debido a que el clima dentro del aula también lo haría.

Adaptación del establecimiento educacional a la problemática, en este código los adolescentes señalan percibir que el establecimiento educacional sí se adapta a la problemática, ellos lo perciben en términos de apoyo recibido por parte de los profesores, flexibilidad de horarios para realizar el tratamiento y flexibilidad en toma de pruebas, este tipo de adecuaciones pasa por las voluntades de profesores y profesionales de la educación, ya que no existe un protocolo a nivel nacional que emane de gobierno acerca del tipo de acciones que se debiesen tomar o adecuaciones en torno a este grupo específico de adolescentes en tratamiento. *Ayuda docente en el proceso de inclusión*, bajo la misma lógica del código anterior, todos los adolescentes manifiestan la existencia de flexibilidad de horarios y pruebas, pero tal y como se mencionó anteriormente, esto se basa en voluntades y no en un protocolo de acción establecido al cual se acojan todos los adolescentes que presente esta problemática. Otro tipo de ayuda



mencionada es la de concientizar al aula acerca de la problemática del alumno, lo cual se considera necesario para evitar la exclusión y/o la estigmatización del adolescente.

Opinión sobre la relación entre el Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) y establecimiento educacional, los adolescentes señalan que la relación entre ambos centros es buena, mencionando principalmente la existencia de una buena comunicación y retroalimentación permanente a través de reuniones. Lo anteriormente mencionado es un elemento positivo, ya que redes fuertes y consolidadas permitirán que se realice un mejor trabajo con los adolescentes y a través del trabajo conjunto entre ambos centros, se puede lograr la efectividad del tratamiento en la cual el joven se encuentra inserto.

Opinión Establecimiento apropiado para alumno, respecto a este código los adolescentes manifiestan una opinión contradictoria, ya que por un lado dicen que sí sienten que el establecimiento es apropiado para ellos, pero por otro lado, señalan que en estos establecimiento corren el riesgo de recaer por el clima escolar, además se menciona que a los establecimientos les faltan herramientas para tratar adolescentes con su tipo de problemática, esto puede deberse a que los casos de adolescentes en tratamiento por consumo de drogas son escasos por ende, a los profesionales de la educación les falta experiencia para tratar con casos de esta índole.

- Percepción de docentes sobre Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

La importancia de conocer la percepción de docentes acerca de la temática de inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas recae en que son principalmente ellos, quienes a través de la experiencia en el aula y en el contexto educativo participan e influyen directamente en el fenómeno, por tanto, a través de las entrevistas se recoge información importante acerca de la realidad de la Inclusión escolar y sobre la experiencia que ellos han tenido con adolescentes con consumo de drogas.

Opinión: Derivación de alumnos con problemática de consumo de drogas, bajo este código, los docentes entrevistados manifestaron en su mayoría, que la derivación de alumnos que presentan problemática de consumo de drogas es parte de las atribuciones que ellos tienen como docentes ya que la



detección temprana del problema y su derivación suponen una intervención más efectiva, es importante señalar que los docentes juegan un papel muy relevante en la formación del adolescente y es allí donde la experiencia educativa que ellos tengan en el aula servirá como factor protector ante conductas disruptivas además de proteger el proceso de tratamiento.

Percepción sobre inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas, los docentes en este código señalan (en su mayoría) que en la realidad, no existe inclusión de este grupo de adolescentes, dentro de sus argumentos destacan que no se dan adaptaciones curriculares, que no hay una real adaptación al plan de estudios, otro de los argumentos dados por un docente alude a la falta de herramientas con las que cuentan los profesores en esta materia y de lo mucho que se necesitan capacitación para poder manejar de mejor manera la temática de la inclusión, especialmente en el tema del consumo de drogas. Respecto sobre a esto último cabe mencionar que el tema de la inclusión escolar es relativamente nuevo y se encuentra en boga, realmente se hace necesaria una capacitación para la comunidad educativa respecto a ella ya que existe una cierta “confusión” de conceptos (integración – Inclusión) que no permite dilucidar las acciones necesarias que se traduzcan en un beneficio para el adolescente, una buena inclusión de estos alumnos, sin duda permitirá fortalecer el vínculo del joven con la escuela así su experiencia educativa se configurará como un factor protector que finalmente permita restablecer su salud biopsicosocial.

Opinión de docentes sobre presencia de Necesidad educativa especial (NEE) en adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas, en este código, los docentes manifiestan en su mayoría que sí debiese considerarse como una necesidad educativa especial (NEE) ya que necesitan una ayuda especial en su proceso de tratamiento, por otro lado, un profesor(a), manifiesta lo contrario, considera que sólo debería incluirse como NEE a aquellos alumnos con dificultades de aprendizaje etc., pero no aquellos que tengan consumo problemático de drogas ya que alguno de ellos son “muy inteligentes”, respecto a esto último cabe la importancia de hacer hincapié en que es necesario ver la problemática del consumo problemático de drogas desde el punto de vista de una enfermedad, por tanto validar el hecho de que algunos adolescentes con esta problemática sean “muy inteligentes” está errado, ya que la adicción al alcohol y drogas es una patología por tanto, debiese incluirse como una necesidad educativa especial por el sólo hecho de serlo, ya que estos adolescentes deben sortear día a



día con diversas dificultades de adaptación social y especialmente de inclusión dentro del contexto educativo.

Opinión de docentes sobre quienes deben intervenir en la problemática, respecto a esto, existe una unanimidad respecto a que quienes que debiesen intervenir en esta problemática es la comunidad escolar en su totalidad, todos los actores (profesores, apoderados, alumnos y demás integrantes) debiesen aportar bajo sus puntos de vistas y/o experiencias en un esfuerzo por resolver las problemáticas que la afectan; es importante que se realicen discusiones abiertas en las que todos los actores participen en la búsqueda de soluciones, de esta manera y de manera consensuada, se pueden rescatar los diversos puntos de vistas he idear la mejor manera de intervenir teniendo siempre como foco principal el beneficio al estudiantado.

- Percepción de profesionales del Centro de Tratamiento sobre Inclusión Escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

Percepción de profesionales del centro de tratamiento sobre el trabajo que se realiza con adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas en el contexto de inclusión escolar, respecto a este código uno de los profesionales entrevistados señala que el trabajo se realiza de manera deficiente y esto se basa en que la temática de la inclusión escolar pasa por “voluntades” particulares de profesores y por la falta de sensibilización acerca de que el consumo de drogas es un problema de salud mental; por otro lado, el otro profesional entrevistado manifiesta que los equipos docentes muestran resistencia a implementar adecuaciones curriculares, pero destaca que existe un grupo pequeño de liceos o colegios comprometidos con la mirada de salud mental que ellos otorgan al consumo problemático de drogas. Interpretando esta información, podemos señalar que lo más importante del trabajo que se realiza con los establecimientos se basa primeramente en cambiar la visión que tienen los profesionales de la educación respecto al consumo problemático de drogas, se debe considerar que aparte de ser un problema de índole social es también una enfermedad de salud mental, una patología y debiese manejarse como tal, comprender que las adecuaciones curriculares son necesarias y a partir de esta base construir una Inclusión escolar efectiva.



Percepción de profesionales del Centro de Tratamiento acerca de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento, en este código ambos profesionales coinciden en que no se ha logrado la inclusión escolar, aludiendo a que lo que se realiza es integración y no inclusión, que para llegar a una inclusión se requiere de un trabajo de sensibilización, apoyo de centros de tratamientos y un constante aprendizaje; bajo esta misma lógica se requieren voluntades como el compromiso del joven, disposición del equipo docente, respaldo al equipo de tratamiento y voluntad del grupo de pares. Cabe mencionar que a través del apoyo al proceso terapéutico de los jóvenes se genera mayor confianza y tolerancia a la frustración generando un sentido de pertenencia al aula. De lo anterior se desprende que los profesionales perciben que para lograr una efectiva inclusión escolar aún se debe recorrer un largo camino.

Opinión de profesionales del Centro de Tratamiento acerca de los aspectos negativos y positivos del trabajo en la temática de la inclusión escolar de adolescentes con consumo problemático de drogas, los aspectos destacados como positivos aluden a lo que pueden profesionales pueden generar a través de las acciones realizadas en el contexto de la inclusión escolar tales como: Atención, adecuación curricular, acompañamiento al adolescente, posibilidad de cambio; mientras que aquellos aspectos negativos se basan en lo mencionado en el código anterior, la inclusión escolar se basa en voluntades y la existencia de estigmatización al adolescente. Es importante mencionar la importancia del compromiso de los profesionales con los adolescentes, comprendiendo que la inclusión escolar de éstos, es un factor que influye de manera directa en la efectividad del tratamiento ya que la experiencia educativa es un elemento central en los procesos de integración social.

Opinión sobre cambios, mejoras y/o propuestas para la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas, Respecto a este último código, la propuesta se basa en realizar un trabajo conjunto y en red a nivel gubernamental y a través de este trabajo conjunto levantar información respecto a la temática para finalmente realizar una propuesta bien sustentada sobre inclusión escolar. Por otro lado, las mejoras se desprenden de los análisis anteriores, incorporar a los colegios, Posicionar la mirada de salud mental del consumo problemático de drogas y no invisibilizar al grupo de pares de adolescentes en su rol de agentes facilitadores del clima dentro del aula.



3. Análisis de Objetivos

- **Objetivo general:** “Conocer la situación de la inclusión escolar de adolescentes con consumo problemático de drogas pertenecientes al Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) de la comuna de Quilpué”.
- ✓ Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento de los profesionales de la educación sobre la política pública y normativa vigente con las acciones empleadas en el contexto de la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que poseen los profesionales de la educación respecto a la problemática del consumo de drogas en la adolescencia.
- ✓ Determinar la opinión de los adolescentes en tratamiento y sus núcleos familiares, profesionales de la educación y profesionales del C.T.A respecto a la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

El objetivo anterior, cabe señalar, que se logró cumplir, ya que por medio de los cuestionarios aplicados a los docentes se pudo constatar el nivel de conocimiento que éstos poseían en las temáticas *ad hoc*, como lo son el tema de inclusión escolar y el de drogas. Al mismo tiempo se logró conocer la cantidad de acciones que éstos realizan en pro de la inclusión educativa.

De igual manera, a través del análisis de datos se logró vislumbrar que no existe relación entre el nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre leyes y políticas públicas en el contexto de inclusión educativa y las acciones que éstos realizan en pro de la inclusión.

Por otra parte, mediante las entrevistas semi-estructuradas, aplicadas a profesionales del centro de tratamiento, apoderados, adolescentes y docentes, se logró conocer de qué manera ellos perciben el tema de inclusión educativa de los jóvenes en cuestión.

Por último, queda de manifiesto que las técnicas e instrumentos utilizados propendieron que el objetivo general y los específicos del presente estudio, se cumplieran en su totalidad. Se logró conocer la problemática estudiada, y lo más destacable es que se logró a través de la propia mirada de todos los actores involucrados.



“Inclusión Escolar de adolescentes en
tratamiento por consumo problemático
de drogas”
Seminario de Título 2014



Capítulo V

Conclusiones y propuesta de mejora



Presentación

Éste último capítulo hace referencia a las conclusiones y propuesta de mejora desprendidas del análisis e interpretaciones de los datos presentadas en el capítulo anterior.

La presentación de las conclusiones esta ordenada en tres ejes; Conclusiones metodológicas, conclusiones desde el trabajo social, conclusiones temáticas y conclusiones en base al marco conceptual utilizado.

La propuesta de mejora estará basada en los elementos descubiertos en la investigación, buscando a través de esta propuesta generar acciones que permitan al Centro de Tratamiento, a los establecimientos educacionales, padres y apoderados y usuarios del C.T.A, mejoras para la inclusión escolar de los adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.



CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

El abordaje metodológico para investigación se ha basado en un estudio del tipo descriptivo debido a que se buscaba conocer objetivamente una realidad o fenómeno en particular y posteriormente ser sometido a análisis, en este caso, la situación de la inclusión escolar de los adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas, por lo tanto para esta investigación el tipo de estudio escogido consideramos que fue el más apropiado debido a lo anteriormente señalado.

El diseño metodológico utilizado corresponde al *Método Mixto o Combinado*, con el cual se pudo recolectar, analizar e integrar datos de carácter cuantitativo y cualitativo. La utilización de este tipo de metodología ha permitido ampliar las dimensiones de la investigación y el entendimiento del fenómeno de la inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas, objeto de este estudio.

La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos en una misma investigación, a pesar de que sus aproximaciones al problema pertenecen a paradigmas distintos, interesó a los investigadores por varias razones. En primer lugar, la metodología cualitativa respondió a la necesidad de comprender el fenómeno que se investigó, desde la perspectiva de los propios participantes, ahondando en sus experiencias, opiniones y percepciones respecto al tema de estudio, otorgándole especial importancia a la subjetividad con que estos perciben e interpretan su realidad, es por ello que se decidió realizar entrevistas semi-estructuradas a todos los actores involucrados, como lo son: profesores, profesionales del centro de tratamiento, adolescentes en tratamiento y apoderados de éstos. Para ello, se confeccionaron pautas de entrevistas para cada grupo de estudio (ver anexos). Bajo esta lógica se decidió utilizar el programa ATLAS.ti en su versión 7 para realizar el análisis cualitativo de las entrevistas a través del análisis de contenido, el cual permitió organizar y reagrupar la información arrojada de manera sistemática.

En segundo lugar, la metodología cuantitativa a través de naturaleza descriptiva nos permitió la utilización de técnicas estadísticas para conocer aspectos de interés sobre el fenómeno objeto de la investigación (inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas). La utilización de la metodología cuantitativa permitió medir y analizar



datos y estudiar en detalle la relación entre variables, de esta manera ser más objetivos en relación con los hallazgos de la investigación a través de una encuesta en su modalidad descriptiva aplicada a los docentes pertenecientes a los establecimientos educacionales en estudio. Para el análisis e interpretación de la información recolectada, se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 22), el cual permitió al equipo investigador, ordenar la base de datos e ingresar cada variable estudiada, al mismo tiempo facilitó el proceso de análisis, mediante la utilización de gráficos, los cuales fueron de gran utilidad para evidenciar los resultados obtenidos.

Como vemos, un estudio de carácter mixto, permite al investigador capturar un determinado fenómeno o realidad de manera más amplia, considerando tanto aspectos subjetivos (opiniones de los involucrados), y también los aspectos objetivos y medibles del estudio, como son los niveles de conocimiento sobre determinadas temáticas y las acciones que los docentes realizan o no al interior del aula.

Por último, el equipo investigador considera que el diseño metodológico fue el apropiado para el presente estudio, ya que logró describir de manera óptima el objeto de estudio, complementándose las características de un estudio cuantitativo y cualitativo



CONCLUSIONES DE RESULTADOS OBTENIDOS

El tema de estudio del presente seminario, dice relación con la inclusión escolar de adolescentes que presentan consumo problemático de drogas y que están insertos en el programa de tratamiento ambulatorio de la comuna de Quilpué (CTA Quilpué). Ante esto, el equipo investigador concluye que el tema abordado es de gran relevancia hoy en día, ya que en primer lugar no hay registro de estudios similares, por lo que este estudio puede entregar una visión integrada del fenómeno estudiado.

Si bien en Chile, poco a poco se ha ido generando un clima “inclusivo” en diversos ámbitos y está cada día más en la palestra, ya sea por los medios de comunicación y por las nuevas políticas públicas, no se ha ahondado en el tema de la inclusión educativa de adolescentes con problemas de drogodependencia.

En relación al estudio realizado, se puede concluir que:

- Los colegios manifiestan que el consumo de drogas es un problema que los afecta considerablemente, especialmente dado por el contexto en cual están insertos sus estudiantes. Por otra parte, hay un desconocimiento de parte de los docentes de cómo poder abordar a los adolescentes que están insertos en tratamiento por consumo de drogas, se evidencia una falta de sensibilización con respecto al tema, sobretodo porque aún existen estigmatizaciones y juicios valóricos con respecto a los alumnos que se encuentran en dicha condición, por lo que muchas veces se tiende a la exclusión, intencional o no, de los jóvenes en tratamiento.

- Los docentes que fueron parte de éste estudio, si bien, tienen un buen nivel de conocimiento acerca de los temas en cuestión (leyes que aborden la inclusión escolar y conocimientos del tema de drogas), no se refleja con las acciones que éstos realizan en pro de la inclusión escolar, esto se puede observar en las páginas anteriores correspondientes al análisis e interpretación de los datos, en donde la mayoría de los docentes realiza acciones “insuficientes” en el ámbito de inclusión escolar; es por ello, que se hace indispensable que se cambie la mirada de cómo se aborda ésta problemática, que muchas veces es solamente vista como un problema social, sin embargo evidentemente se trata de un problema biopsicosocial, ya que afecta a diversos aspectos del individuo.



- Por otra parte, los apoderados de los adolescentes en tratamiento, manifiestan que se sienten un tanto apartados del proceso educativo de sus hijos, ya que el centro de tratamiento es quien establece relaciones con cada colegio, por lo que ellos no se están sintiendo parte de éste proceso. Y consideran que es fundamental que ellos apoyen y conozcan la situación escolar de éstos.
- Los profesionales del centro de tratamiento, por su parte manifiestan que no hay una inclusión verdadera en los colegios, con respecto a los adolescentes en tratamiento. Señalan que esto pasa principalmente por “voluntades” de los establecimientos, ya que ellos no están obligados a generar la inclusión de éstos adolescentes, debido a que no están contemplados como alumnos con Necesidades Educativas Especiales (NEE), por lo que las estrategias y acciones que se puedan utilizar dependen del criterio de cada profesor(a).
- Los adolescentes en tratamiento, señalan la importancia de que exista un buen clima al interior del establecimiento, ya que la existencia de algunas conductas disruptivas por parte de otros alumnos, perjudican su desempeño en el contexto escolar y perjudican el proceso de tratamiento en el cual éstos están insertos.



CONCLUSIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La educación es definida como un proceso multidireccional, mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. También es definida como el proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad.

El Trabajo Social busca que la educación sea una herramienta de integración social, es decir, que pueda desarrollar la capacidad de una persona humana de ser parte, de manera autónoma, activa y solidaria, de los procesos sociales en los que le corresponda desenvolverse.

La Federación Internacional de Trabajadores/as Sociales (FITS), afirma que el medio escolar es el primero en el que se pueden detectar problemas familiares y sociales. Considera la institución escolar como uno de los pilares de prevención, ya que en ella se pueden detectar posibles anomalías antes que en otras instituciones, de forma globalizada, y que facilitaría una intervención temprana para modificar, en la medida de lo posible, la situación que está influyendo negativamente. En este medio el objetivo último de la intervención profesional es favorecer el desarrollo integral del alumno e incidir en los diferentes contextos en los que éste se desenvuelve (Roselló, 2009).

La intervención de el/la Trabajador/a Social en este ámbito no puede tener otro objetivo que el de contribuir a que el alumno, independientemente de su pertenencia a un entorno socio-familiar u otro, tenga las mismas oportunidades educativas que los demás, procurando que el entorno más inmediato del alumno sea lo más motivador y estimulante posible, de cara a su adaptación y rendimiento escolar, trabajando conjuntamente con las familias e implicándolas al máximo en el proceso educativo (Roselló, 2009).

Es por lo anteriormente mencionado que el presente estudio aborda la temática de la inclusión escolar de los adolescentes con consumo problemático de drogas, debido a que su condición de drogodependientes no es impedimento u obstáculo para contar con las mismas oportunidades educativas en el sistema formal. Esto es lo que Geremek (1996) entiende como cohesión social: el respeto de la dignidad del ser humano y la construcción de vínculos sociales en nombre de la solidaridad para integrarlo a los demás seres humanos y salvarlo de la exclusión y el aislamiento a los que el no saber -es decir, la ignorancia- los condena.



La escuela busca distribuir y reproducir relaciones de poder, lo que integra a algunos agentes sociales al grupo de los protagonistas de la historia y excluye a otros. Pero hay que entender lo anterior en una doble dimensión; lo mismo que puede hacer de la escuela un discurso de exclusión, la puede hacer in discurso de inclusión.

Es importante destacar la Teoría Ecológica de Urie Brofenbrenner quien señala que existe un macrosistema en el que están insertos otros sistemas como “muñecas rusas” , uno de ellos es el “mesosistema” que es la relación entre dos o más micro o pequeños sistemas que poseen una relación bidireccional en los que en la persona en desarrollo participa activamente, en este caso los adolescentes drogodependientes se desenvuelven principalmente en el centro de tratamiento, en sus respectivos colegios y en su núcleo familiar, de manera inversa todos estos sistemas influyen en la conducta de individuo, siendo agentes potenciadores de cambios e inclusión hacia otros microsistemas.

Este estudio se tomó desde la necesidad de abordar la realidad de la inclusión escolar de los adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas en la que se interviene una perspectiva globalizadora que tuvo en cuenta todos los factores teóricos, legales y actores involucrados que interactúan en el proceso educativo de estos jóvenes, tanto en el sistema escolar como su relación en el centro de tratamiento. Una buena inclusión escolar de estos adolescentes potenciaría las vías para un tratamiento exitoso, en base al modelo ecológico de Brofenbrenner, debido a que la escuela entrega herramientas para una mejor socialización, cambios en la conducta, mejoramiento del autoestima, etc. bajo la guía o apoyo educativo se establece una relación emocional positiva y una buena relación educativa es aquella que parte de la disponibilidad, con una disciplina firme pero mostrando sensibilidad y estimulando la adecuada conducta del sujeto, al igual cuando se da una relación de apoyo del padre a la madre, de la madre al padre del abuelo/a a los padres, de los amigos entre ellos, es decir, terceras partes colaboran se obtienen mejores resultados evolutivos.

El Trabajo social inmerso en esta área es una herramienta de inclusión social para estos adolescentes drogodependientes, es decir ayuda a desarrollar su capacidad de persona humana, de ser parte de manera autónoma y activa de todos los procesos sociales que le corresponden desenvolverse a lo largo de sus vidas.



El/La Trabajador/a Social tiene por objeto favorecer el desarrollo integral del alumno e incidir en los diferentes contextos en los que se desenvuelve, pero esto no es tarea sólo del Trabajo Social como disciplina o profesión, sino que también de todo el círculo de actores que están inmerso de una u otra manera en el proceso de la educación formal y de su tratamiento por consumo de drogas, ya que forman parte fundamental de su proceso de inclusión escolar porque contribuyen a que el alumno, a pesar de su compleja problemática (que incluye otros tipos de problemas de carácter biopsicosocial, como problemas cognitivos, déficit atencional, vulnerabilidad social, etc.), tenga las mismas oportunidades educativas que los demás, procurando que el entorno más inmediato del alumno sea lo más motivador y estimulante posible, de cara a su adaptación rendimiento escolar, trabajando conjuntamente con las familias e implicándolas al máximo en el proceso educativo.



Propuesta de mejora

1. Descripción

La investigación antes expuesta desarrollada a modo de estudio descriptivo pretendió, tal y como su nombre lo dice, realizar una descripción sobre la Inclusión escolar de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas pertenecientes al Centro de Tratamiento Ambulatorio de la comuna de Quilpué. El empleo de una metodología Mixta permitió recoger datos con la utilización de instrumentos tales como la encuesta y la entrevista; la información recabada a través de estos instrumentos, permitió detectar aquellos elementos en los que existe desajuste o se encuentran débiles y que debiesen ser mejorados para progresar en el logro de una verdadera inclusión.

La propuesta nace a partir de lo expresado, y la información recopilada de todos los actores involucrados en este estudio y se dividirá en dos aspectos; el primer aspecto enfocado en una mejora en el abordaje de la de Inclusión escolar por parte actores involucrados en la temática y el segundo aspecto se relaciona con una mejora del marco legal en la materia.

2. Objetivos de la propuesta

Objetivo n°1: Mejorar el abordaje de la Inclusión Escolar de los actores involucrados en la temática.

Objetivo n°2: Incluir el consumo problemático de drogas de los adolescentes que se encuentran en tratamiento de rehabilitación dentro de las enfermedades, patologías y/o discapacidades que contemplan las Necesidades Educativas especiales transitorias en la normativa legal.

3. Desarrollo de la propuesta

- En relación al objetivo n°1.
- **Desde los padres y/o tutores de adolescentes en tratamiento.**

Se debe Involucrar a los apoderados en el contexto escolar de su pupilo, estableciendo una comunicación fluida y eficaz entre el centro de



tratamiento, apoderado y establecimiento educacional. Para ello se propone la realización de una reunión trimestral de la cual participen el adolescente, el apoderado, el profesor(a) jefe y un representante del centro de tratamiento, en donde se abarquen aspectos tales como el desempeño escolar de adolescente, las relaciones con su grupo de pares y las diversas problemáticas que se pudieran presentar para proponer en conjunto, un plan de acción en el contexto de la Inclusión Escolar.

- **Desde los adolescentes**

Para mejorar la experiencia educativa de los adolescentes dentro del contexto escolar es necesario sensibilizar a la comunidad educativa acerca de la problemática de alcohol y drogas, esto se considera necesario para evitar la exclusión y/o estigmatización del adolescente entendiéndose que esta problemática no es sólo un problema social sino que biopsicosocial en donde también debe estar involucrada la mirada desde la enfermedad. Para la consecución de lo anterior se propone la realización de una jornada de sensibilización a la comunidad estudiantil sobre la temática de alcohol y las drogas, en donde distintos profesionales expongan su apreciación sobre el tema y se puedan exponer además, experiencias de otros jóvenes ya egresados de otros programas de tratamiento de drogas.

- **Desde los docentes**

En relación a los docentes, se dilucida como problema para el logro de la Inclusión escolar la falta de conocimiento sobre la temática y la falta de herramientas con las que ellos cuentan por tanto, se propone la realización de capacitaciones por parte de profesionales del Centro de tratamiento ambulatorio a los profesionales de la educación sobre la Inclusión escolar abordando el tema del consumo problemático de drogas y de adolescentes que se encuentren en tratamiento. Lo anterior será útil en el manejo que tengan a futuro los docentes en su accionar en el contexto de esta problemática ya que son principalmente ellos, quienes a través de la experiencia en el aula y en el contexto educativo participan e influyen directamente en el fenómeno.



- **Desde los profesionales del centro de tratamiento Ambulatorio.**

Respecto a los profesionales, es importante mencionar que son ellos los que tienen un mayor conocimiento acerca de la temática de la Inclusión Escolar, y el trabajo que se realiza en el Centro de tratamiento se basa en integrar para posteriormente y fruto de ese trabajo, lograr una verdadera inclusión de los adolescentes insertos en él, para ello, se requiere realizar aún mayores esfuerzos para afianzar y fortalecer las redes entre el establecimiento educacional y el centro que permitan facilitar el trabajo de profesional; de lo anterior se desprende una propuesta de fortalecimiento de redes que se vea reflejado en un plan de trabajo de al menos un año, comprendiendo la importancia de la educación en la reinserción social del adolescente.

- **En relación al objetivo n°2.**

La ley general de educación establece que la educación es un derecho de todas las personas, correspondiendo preferentemente a los padres el derecho y el deber de educar a sus hijos; al Estado el deber de otorgar especial protección al ejercicio de este derecho, y en general a la comunidad, el deber de contribuir al desarrollo y perfeccionamiento de la educación.

Dentro de los derechos que consigna esta ley se encuentra el derecho a la no discriminación.

Los alumnos y alumnas tienen derecho a recibir una educación que les ofrezca las oportunidades para su formación y desarrollo integral; a recibir una atención adecuada y oportuna, en caso de tener necesidades educativas especiales; a no ser discriminados arbitrariamente por su condición física, sensorial, psicológica, socioeconómica, etnia, religión, etc.; a estudiar en un ambiente tolerante y de respeto mutuo, a expresar su opinión y a que se respete su integridad física y moral, no pudiendo ser objeto de tratos vejatorios o degradantes y de maltratos psicológicos.

El consumo de drogas puede originar problemas y trastornos de distinta índole que, por afectar a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública al originar dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida, años de pérdida de vida, lesiones a otros, costes de los servicios médicos o sociales o aspectos más amplios del coste económico.



El consumo de alcohol y otras drogas va a originar problemas y trastornos que se pueden agrupar en enfermedades y problema somáticos, mentales y sociales. Los problemas de salud mental relacionados con el alcohol y otras drogas se agrupan de manera similar en las dos grandes clasificaciones actuales, en la CIE- 10 promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), bajo el nombre de “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas”, y en la DMS-IV, promovida por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995), con el nombre de “trastornos relacionados con sustancias”.

Los trastornos mentales relacionados con sustancias se pueden dividir en dos grandes grupos: por un lado, aquellos que son consecuencia de los efectos fisiológicos directos de las drogas o sus derivados sobre el sistema nervioso central, que serían los trastornos inducidos por drogas y de otro, los que tienen que ver con la relación de la persona con el consumo, que serían los trastornos por consumo de drogas.

Expuesto lo anterior, es que el consumo problemático de drogas representa un problema de salud mental, y se considera una patología crónica, ya que si bien, mediante tratamiento se puede detener el consumo, el daño producido es irreversible.

Tratamiento del consumo problemático de sustancias como Necesidad Educativa Especial (NEE).

Ahora bien, con lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que el consumo problemático de alcohol y/o drogas genera ciertos trastornos y cambios en los individuos, los cuales pueden generar patologías de tipo mental. Es por esto, que la drogodependencia, directa o indirectamente puede ser considerada como una **Necesidad Educativa Especial**.

El Decreto 170 del Ministerio de Educación señala lo siguiente:

- **Alumno que presenta Necesidades Educativas Especiales:** aquél que precisa ayudas y recursos adicionales, ya sean humanos, materiales o pedagógicos, para conducir su proceso de desarrollo y aprendizaje, y contribuir al logro de los fines de la educación.



- **Las necesidades educativas especiales transitorias** son problemas de aprendizaje que se presentan durante un periodo de la escolarización de los niños que demanda una atención específica y mayores recursos educativos de los necesarios para compañeros de su edad.

En relación a lo anterior es que se debe considerar al alumno que presente consumo problemático de drogas como un alumno con necesidades educativas especiales, esto conlleva una serie de acciones que el establecimiento y los docentes deben adoptar. Ya que, se debe propender que el alumno en cuestión logre los aprendizajes esperados en relación al nivel escolar que esté cursando, pero considerando las capacidades y habilidades del o la adolescente. Junto con lo anterior, es necesario que el profesor tutor en primera instancia entregue el apoyo necesario al estudiante, y haga un seguimiento del caso, en conjunto con los profesionales *ad hoc* con los que cuente el establecimiento.

De igual manera, se hace fundamental que los demás profesores tengan conocimiento de cada caso, con el fin de que todos los docentes puedan adoptar acciones conjuntas, y establecer una línea de trabajo en común, siempre centrándose en el alumno.

Modificaciones y/o adaptaciones que se sugieren realizar para una mejor inclusión de los alumnos drogodependientes

Ya sabemos que el tratamiento de consumo problemático de drogas es una condición especial, por lo que requiere adaptaciones curriculares que permitan una inclusión efectiva de los adolescentes que se encuentren en ésta situación.

Para ello se proponen las siguientes adaptaciones:

- **Flexibilizar la asistencia a clases:** esto fundamentalmente porque los jóvenes insertos en algún tipo de tratamiento por consumo de sustancias, en muchas ocasiones no pueden asistir por diversos motivos. Es por ello, que se necesita que el establecimiento y los docentes sean flexibles al momento de exigir asistencia a clases.



- **Elaboración de evaluaciones diferenciadas:** Teniendo en consideración que la drogodependencia debe ser abordada como una **NEE**, se sugiere que las evaluaciones para éstos alumnos se adapten a su proceso de tratamiento, considerando las condiciones propias de éstos. Esto no quiere decir que se modifiquen los contenidos que cada alumno debe adquirir de acuerdo a su nivel de estudio, sino que se trata de cómo evaluar dichos contenidos. Un ejemplo de esto sería enviar una pauta de evaluación para que el alumno la desarrolle en dependencias del Centro de Tratamiento.

- **Motivar la participación al interior del aula:** Es importante que el alumno se sienta integrado en todo momento al interior del aula, para ello el profesor debe propender la participación activa del estudiante al interior del aula.

- **Evitar temas que puedan generar crisis:** Durante el proceso de tratamiento, es importante evitar ciertos temas al interior del aula, ya que pueden desencadenar en una descompensación del joven. Algunos temas a evitar podrían ser: relatos de fiestas que puedan significar el consumo de alcohol y/o drogas y prejuicios existentes en relación a personas adictas a sustancias.

- **Sensibilización de grupo de pares:** Es importante, que el profesor tutor y/o todos los profesores, sensibilicen al grupo curso con respecto a la problemática que afecte al joven en tratamiento. Principalmente, poniendo énfasis en el cuidado que deben tener al tratar ciertos temas delante de los jóvenes que presenten ésta situación en especial.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROPUESTA DE MEJORA

- **Evaluación interna** realizada por los cuatro participantes en el proceso, esto se realizará a través de los siguientes procedimientos:

- Opinión personal de los adolescentes en tratamiento y sus apoderados.

- Pautas de evaluación creadas para la ocasión, y que abarquen a la totalidad de los actores involucrados (docentes, adolescentes en tratamiento, padres/apoderados y profesional del centro de tratamiento).

- Realización de una reunión entre los actores involucrados, al cabo de 6 meses de la puesta en marcha de la propuesta.



Anexos

Cuestionario CPCI

El presente cuestionario forma parte de una investigación realizada por alumnos seminaristas de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso en alianza con el Centro de Tratamiento Ambulatorio de la comuna de Quilpué (C.T.A).

El siguiente cuestionario consta de tres ítems, el primero dirigido a conocer el nivel de conocimiento de docentes acerca de la política pública y normativa vigente en el contexto de la inclusión educativa y el segundo ítem conducente a conocer sobre las acciones empleadas por docentes en el marco de la inclusión educativa de adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas y el tercero y último dirigido a conocer el nivel de conocimiento de los profesores acerca de la temática de drogas en la adolescencia. Este es un cuestionario de carácter mixto por lo cual se compone de preguntas abiertas y cerradas es además, **anónimo** y **NO** supone algún tipo de evaluación docente, los datos recogidos son de carácter **confidencial** y sólo serán manejados por el equipo seminarista.

De antemano agradecemos su cooperación y participación en el presente estudio.

Datos personales:

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

Profesor(a) Jefe: Sí No

Ítem N°1: Conocimiento

La ley General de Educación (Ley n°20.370) y Título IV párrafo II, de la educación e inclusión escolar (Ley N°20.422/2010) ambas leyes contienen nociones y conceptos los cuales se preguntarán a continuación:

- 1- Desarrolle una definición según su conocimiento de “Necesidades Educativas Especiales (NEE)”.

- 2- Según su conocimiento, cuáles son las patologías que se encuentran contempladas como Necesidades Educativas Especiales (NEE). (Nombre al menos 4)



3- Desarrolle una definición según lo que usted conoce de “Programa de Integración escolar (PIE).

4- ¿Qué tipos de establecimiento cree usted se puede implementar los “Programas de Integración Escolar” (PIE)? Marque sólo una respuesta (X).

1) E. de educación regular 2) E. de educación Especial Ambos

5- ¿En qué niveles de enseñanza formal se puede implementar un Programa de Integración Escolar (PIE)? Puede seleccionar más de uno (X).

1) Pre- Kinder 2) Kinder 3) Educ Básica 4) Educ. Media
5) Educ. Adultos

6- Nombre alguna(s) acción(es) que puedan realizar los establecimientos educacionales en el contexto de la inclusión escolar

Ítem n ° 2

**Acciones que realizan los docentes en el contexto de la inclusión educativa de
adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas**



Conteste según corresponda, marque sólo una alternativa (x).

1. Sitúa al alumno en grupos en los que pueda trabajar adecuadamente.

1) Si 2) A veces 3) No

¿Por qué?

2. Utiliza adecuaciones de contenido (Modificaciones en estructuras gramaticales, ampliación o reducción de contenido).

1) Si 2) A veces 3) No

3. Introduce actividades alternativas y/o complementarias

1) Si 2) A veces 3) No

4. Propone actividades que respondan a los intereses y motivaciones del alumno.

1) Si 2) A veces 3) No

5. Incorpora estrategias de evaluación acorde a las necesidades del alumno.

1) Si 2) A veces 3) No

6. Mantiene contacto permanente con apoderado/tutor informando situación de adecuación curricular.

1) Si 2) A veces 3) No



7. Existe coordinación entre los docentes en relación a las adecuaciones curriculares de alumnos que los requieran.

1) Si 2) A veces 3) No

¿Por qué?

. Ítem n ° 3

Nivel de conocimiento de profesores acerca de la temática de drogas en la adolescencia

1. Según lo que usted conoce, plantee una definición de drogas.

2. ¿Qué sustancias alucinógenas conoce? Nombre algunas.

3. ¿Qué población cree usted que es la mayor consumidora de drogas?

1) Juventud 2) Infancia 3) Adultez 4) Tercera edad

2. Señale los efectos que provoca el consumo de drogas en los adolescentes.

3. Señale aquellos factores que usted considera como “protectores” del consumo de drogas.



4. Señale aquellos factores que usted considera de “riesgo” en relación al consumo de drogas.

5 ¿Usted conoce instituciones a las cuáles derivar a alumnos que presenten consumo problemático de drogas?

1) Sí 2) No Sí su respuesta anterior es SÍ, especificar:

¿Cuáles?

6. ¿Conoce usted en la provincia algún programa de tratamiento de drogas para adolescentes?

1) Sí 2) No Sí su respuesta es anterior es SÍ, especificar:

¿Cuál(es)?

7. ¿Qué le pareció la temática del cuestionario?

8. ¿Tiene Usted algún comentario o sugerencia?

Por su participación y colaboración, muchas gracias



Pauta de entrevista

1. Saludo inicial y presentación.
2. Se le informa el objetivo de la entrevista y el tema a trabajar para la obtención de la información necesaria para el estudio.

Fase de preguntas: Profesores

Se requiere conocer la percepción que posee con respecto a la situación de la inclusión escolar de los adolescentes con consumo problemático de drogas pertenecientes Centro de Tratamiento Ambulatorio de Quilpué (CTA).

1. ¿Usted conoce a algún alumno del establecimiento en donde trabaja como docente que se encuentre en tratamiento por consumo problemático de drogas?
2. A su juicio, ¿Considera que está bajo sus atribuciones involucrarse en la derivación de alumnos que presenten consumo problemático de drogas? ¿por qué?
3. ¿Cuál es su opinión según su propia percepción y/o experiencia con respecto a la inclusión escolar?
4. ¿Cuál es su opinión respecto a la inclusión escolar de los adolescente en tratamiento por consumo problemático de drogas?
5. ¿Considera que los jóvenes con consumo problemático de drogas, estén o no en tratamiento, presentan una Necesidad Educativa Especial (NEE)?
6. A su juicio, ¿Quiénes consideraría usted que deberían intervenir en esta situación?
7. Por último, ¿tiene algún comentario final?

Fase de preguntas: Profesionales del CTA

1. ¿Qué experiencia tienes en trabajo con adolescentes en el contexto educativo?
2. ¿Cómo se vincula esta experiencia con la temática de inclusión escolar?



3. ¿Cómo evalúas el trabajo que se realiza para manejar la inclusión escolar con jóvenes que se encuentran en tratamiento por consumo problemático de drogas?
4. ¿Crees que existe inclusión escolar con ellos? ¿Qué piensas de ese trabajo?
5. ¿Qué crees que es lo positivo y negativo del trabajo en el contexto educativo con los adolescentes con consumos problemático de drogas?
6. ¿Qué cambios, mejoras o propuestas sugieres para la inclusión escolar de estos adolescentes?

Fase de preguntas: Padres, tutores y/o apoderados

1. ¿Cómo conoce Usted la situación escolar de su pupilo?
2. ¿Cómo define la inclusión escolar?
3. ¿Cuál es su opinión respecto a la inclusión en la escuela de su pupilo?
4. ¿Cómo piensa Usted que los profesores y/o jefe(a) de UTP, pueden ayudar a la inclusión escolar de su pupilo?
5. ¿Cómo cree usted que puede ayudar a la inclusión escolar de su pupilo y a su desempeño escolar?

Fase de preguntas: Adolescentes en tratamiento por consumo problemático de drogas.

1. ¿Sabes lo que es la inclusión escolar?
2. Según tu percepción, ¿Te sientes incluido en tu escuela?
3. ¿De qué manera crees tú que los profesores te ayudan en tu proceso de inclusión?



Bibliografía

Libros y documentos

- Centro de Tratamiento Ambulatorio Quilpué, *Manual Operativo*, 2011.
- Papalia, D. “*Desarrollo Humano*”, McGrill 11º Edición, 2010
- Brofenbrenner, U. “*La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos normales y diseñados*”, Barcelona, 1987.
- Brofenbrenner, U. “*La ecología del desarrollo humano: cognición y desarrollo humano*”, Edición Paidós, 1979.
- González Calleja, F; García-Señorán, M; Salvador G. “*Consumo de drogas en la adolescencia*”. *Psicothema*. 1996. Vol. 8, nº2, pp. 257-267 ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG
- Saltalamachia, H. “*Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa*”. Tomo III, Buenos Aires, 2005
- Alemañy, C. “*Integración e inclusión: Dos caminos diferenciados en el entorno educativo*”, Vol. I Nº 2, 2009.
- Palomares, A. “*La educación inclusiva del alumnado con necesidades especiales en la Educación Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia*, Educar, 2012.
- Hernández Sampieri, R. “*Metodología de la Investigación*”, 5º Edición. México, 2010.
- Salinas, Avilés, D. “*¿A cuántos y a Quiénes preguntar? Una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educativa*”. Editorial Ediciones universitarias de Valparaíso, Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2010.
- Pastén, F. “*Metodología de la Investigación Social: su aplicación en Servicio Social y otras tecnologías*”, Edeval IV edición, Valparaíso, 1993.
- Naciones unidas, oficina contra la droga y el delito, “*Manual sobre tratamiento del abuso de drogas, Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación, guía práctica de planificación y aplicación*”, 2003.



- Ministerio de Educación, “*Registro de Planificación y Evaluación del curso en Programas de Integración Escolar*”. Unidad de Educación Especial, 2013
- *Conceptos Tratamiento y rehabilitación (2010)*.
- CONACE. Ministerio del interior y seguridad pública. “*Lineamientos técnicos: tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*”, 2004.

Bibliografía jurídica

- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2008.
- **Ley 20.000:** Sustituye la ley nº 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas
- **Ley 20.502:** Crea el ministerio del interior y seguridad pública y el servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, y modifica diversos cuerpos legales.
- **Decreto 820:** Aprueba reglamento del fondo especial del servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol para financiar programas de prevención del consumo de drogas, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción
- **Ley 19.966:** Establece un régimen de garantías en salud.
- Ley General de Educación **20.370/2009**
- **Decreto 170/2009, ley 20.201:** Fija normas para determinar los alumnos con Necesidades Educativas Especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial.
- **TÍTULO III,** Del diagnóstico de los alumnos y alumnas beneficiarios(as) de la subvención de Necesidades Educativas Especiales de carácter transitorio.



Sitios de Internet

- <http://www.senda.gob.cl>
- <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/t-z/>
- www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/03/lineamientos_tecnicos_VF2.pdf
- http://www.senda.gob.cl/transparencia/pdf/DECRETO_820.pdf.
- <http://www.leychile.cl>
- [Http://es.unesco.org/inclusion](http://es.unesco.org/inclusion)
- <http://www-01.ibm.com/software/es/analytics/spss/>
- http://atlasti.com/wpcontent/uploads/2014/07/atlas.ti6_brochure_2009_es.pdf
- <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=24>.
- <http://www.eumed.net/rev/ced/02/cam5.htm>