



**FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL PROGRAMA
INDIVIDUAL DE TRATAMIENTOS “SAN VICENTE DE PAUL” EN
ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY, CON CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, DESDE LA
MIRADA DE LOS PROFESIONALES.**

Integrantes

Eduardo Acevedo Echeverría
Pamela Mahan Ríos
Natalia Pizarro Bravo

Profesor

Eduardo Salinas Valenzuela

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir los factores que inciden en la adherencia en el Programa Individual de Tratamiento (PIT) para adolescentes infractores de ley de 14 a 18 años en el Centro San Vicente de Paul de la comuna de Padre Hurtado, Región Metropolitana, desde la mirada de los profesionales que están a cargo del programa.

Este estudio es de carácter descriptivo y utilizó una metodología cualitativa con enfoque discursivo. La muestra estuvo compuesta por ocho profesionales de distintas disciplinas, funcionarios del programa. Se aplicó una entrevista semiestructurada y se analizó la información siguiendo las estrategias del análisis de contenidos.

Los resultados de la investigación muestran que los factores que inciden en la adherencia a los programas terapéuticos son: Alianza terapéutica, a través de la creación del vínculo terapéutico con el adolescente; La experiencia de los profesionales, que se alcanza con tiempo, así adquieren la expertiz necesaria para trabajar con las complejas realidades de los usuarios; Los tipos de tratamientos, específicamente, desde el enfoque Reducción de Daños, por la mirada flexible y humanizadora del modelo; Características biopsicosocial, son factores trascendentes por la multiplicidad biológica, psicológica y social de los adolescentes; Percepción Crítica al Sistema de los profesionales del programa, lo que permite una relación especial con los usuarios mostrando actitudes empáticas y solidarias; La transferencia y la contratransferencia, dada las características de vulnerabilidad de los usuarios, estos dos conceptos están presente dentro de los espacios terapéuticos .

Palabras claves: adherencia terapéutica, alianza terapéutica, vínculo terapéutico, profesionales, consumo problemático de alcohol y drogas, adolescentes infractores de ley.

ABSTRACT

The is research aims to describe the factors that influence the adherence to the Treatment Programs of problematic use of alcohol and drugs in adolescents violating the law of 14 to 18 years, that are in the Center San Vicente de Paul of the Commune of Padre Hurtado, during the period 2017, from an analysis of the expert professionals.

This study is descriptive and used a qualitative methodology with a discursive approach; the sample consisted of eight professionals from different disciplines, program officials. A semi-structured interview was applied and information was analyzed following content analysis strategies. The results show that the therapeutic alliance, through the therapeutic link. The experience of professionals; types of treatments; transference and countertransference and criticism of the system are factors that effect adherence to the “Saint Vicent de Paul” therapeutic program.

Key words: therapeutic adherence, problematic use of alcohol and drugs, Qualified Professionals, adolescents breaking law.

INTRODUCCIÓN

La drogadicción se ha transformado en un problema transversal, generando tensiones en la convivencia de un país, una localidad, una familia y por sobre todo en el individuo que sufre de drogodependencia (Rementería, 2001).

La problemática del consumo de drogas, como problema social, ha sido objeto de diversas interpretaciones epistemológicas. Se trata de un problema social complejo y multifactorial, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones. De este modo, podrá ser contemplado desde perspectivas distintas, cada una de las cuales enfatizará determinados aspectos y propondrá una postura aproximativa particular (Tornés & Semedo, 2013).

La Organización Mundial de la Salud conceptualiza a la droga como aquella sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear cualquier tipo de dependencia. (ONU, 2010)

Las Naciones Unidas, en su informe mundial sobre drogas 2012, señala que 230 millones de personas o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron droga ilícita por lo menos una vez en el 2010. Los consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0,6 de la población adulta mundial (Naciones Unidas, 2012).

En Chile el organismo gubernamental encargado de diseñar y ejecutar las políticas públicas referente a las drogas es el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Fue fundado en 1990, tiene el carácter de un comité interministerial, dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. En el año 2011, con la promulgación de la Ley N° 20.502 se crea, a modo de continuidad del CONACE, el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), siendo ahora un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica y recursos propios, dependiente del Presidente de la República mediante el Ministerio del Interior (Senda, 2009).

SENDA provee tratamiento a más de 10 mil personas anualmente en sus distintos componentes, aumentando en la última década significativamente los programas para drogodependientes (SENDA, 2007). Dentro de éstos se incluye el Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol-Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental (SENDA, 2014).

La Ley N° 20.084 regula la forma de responder penalmente a los delitos cometidos por menores de edad. A partir de su entrada en vigencia el 8 de junio de 2007 los adolescentes entre 14 y 17 años, que hayan cometido algún delito serán sancionados de acuerdo a sus disposiciones. Antes de esta ley, y por casi un siglo, en el país imperaban estructuras tutelares en las que, bajo la premisa de la protección, a los infractores de ley se les aplicaban medidas punitivas sin las garantías que entregaba el debido proceso y los derechos consagrados en disposiciones internacionales (Wainer, 2008).

Un estudio realizado intentó esclarecer la relación entre droga y delito, ya que se trata de comportamientos de riesgos que suelen aparecer juntos y se retroalimentan. Se estima que la prevención de uno afecta el comportamiento del otro. Aunque existen pocos datos que permitan asegurar una relación directa, se puede afirmar que la droga y el delito son conductas que suelen presentarse juntas, sobre todo en jóvenes. Para poder establecer con cierta seguridad esta asociación, cabe preguntarse en qué contexto se da la relación entre ambas, como forma de financiar el hábito o debido a que el delito se comete bajo estados de alteración de conciencia (Hurtado, 2004).

Esbec y Echeburúa (2016) siguen esta misma línea investigativa. Concluyen que existe una relación estrecha entre el consumo de drogas y la delincuencia, sostienen que el hecho de delinquir no solamente responde al consumo. El ambiente, aspectos de la personalidad, apoyo familiar y social, también serían factores relevantes que responden a esta causalidad.

En este escenario, la droga y su consumo abusivo son obstáculos para alcanzar el objetivo deseado e importantes predictores de posibles reincidencias. La ley pone a disposición del sistema las herramientas que le permiten materializar sus objetivos y modificar aquellas causas que llevan al joven a infringir la ley (Wainer, 2008).

Según el Ministerio de Salud de Chile, la población adolescentes institucionalizados o con medidas de protección de derechos y consumo de drogas, alrededor del 30% presenta consumo problemático (MINSAL, 2013).

CONACE (2010) indica que la deserción a los tratamientos de consumo problemático de alcohol y drogas puede llegar a un 70% en la modalidad residencial y entre un 50% a 60% en otros tipos de programas (Senda, 2009).

Es por lo anterior, que la adherencia al tratamiento de estos casos es de relevancia, puesto que no se realizaba intervenciones diferenciadas respecto a los tratamientos, efectuándose intervenciones estándares para la población adolescente infractora de ley (Dionne y Zambrano, 2009).

Es así como el CONACE, a través de esta estrategia delimita un conjunto de ejes, colocando su énfasis en la población infantil y adolescente, apuntando principalmente a la prevención (Senda, 2009), centrando el tratamiento y la rehabilitación en la población infractora de ley, la que opera bajo forma de sanción accesoria o bajo la suspensión condicional del procedimiento. De esta manera su eje estratégico número ocho entrega principios básicos para fortalecer la calidad de la atención de los programas de tratamiento; esta información es mínima, sin contemplar aspectos centrales que generen estrategias para fortalecer la adherencia de los adolescentes al tratamiento (CONACE, 2009).

La misma institución enfatiza que “los éxitos en coberturas de tratamiento en todas las poblaciones no deben ocultar que la oferta está muy localizada todavía en planes de bajo umbral y que todos los programas tienen problemas relativamente serios de adherencia” (CONACE, 2009 pág. 12).

Un estudio realizado en el 2006, por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la población adolescente infractora de ley muestra resultados preocupantes respecto de la prevalencia de consumo en este segmento.

De un total de 4.796 jóvenes que participaban en programas ambulatorios y en centros privativos de libertad, el 80% declaró haber consumido marihuana alguna vez en la vida, mientras que un 50% señala haber consumido cocaína. En el caso de la prevalencia de último año, las cifras sólo son algo menores: 70% declara haber consumido marihuana y 40%, cocaína (Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2006).

El Estado delega la implementación de los Programas de Tratamiento de población adolescente con consumo problemático de drogas en diversas instituciones y equipos de profesionales con una nutrida experiencia y sistematización de las prácticas terapéuticas ejecutadas. En este contexto incorporan nuevas estrategias de intervención y variables que pueden contribuir al proceso de implementación de los nuevos ejes de intervención. Por otro lado, las acciones terapéuticas realizadas con adolescentes sancionados tienen como marco las restricciones y prescripciones que la Ley y el Tribunal establecen, haciéndose necesaria la comunicación frecuente entre lo judicial y sanitario-terapéutico (SENDA, 2007).

Se destaca un trabajo intersectorial entre SENDA, SENAME, el Ministerio de Salud e Instituciones y Fundaciones Asociadas se ha ido fortaleciendo una alianza estratégica en función de la población de interés. En concordancia a la experiencia de trabajo desarrollada en los últimos años por el Programa Terapéutico San Vicente de Paul, con una vasta

experiencia en tratamientos (desde 1991 a la fecha) ejecutando intervenciones de tipo comunitario, ambulatorios y especialmente programas residenciales, con más de dos décadas de atención a niños y niñas, adolescentes tanto en vulneración de derechos, como consumo problemático e infractores de Ley (Senda, 2015).

Dada la especificidad y la complejidad del trabajo con adolescentes, las intervenciones deben considerar la etapa del ciclo vital en que se encuentra la persona, tomando en cuenta los diversos cambios por los que transcurre el adolescente, sobre todo considerando la vulnerabilidad social y el conflicto con la justicia (CONACE, 2017).

Es realmente un período vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden producirse en cualquier contexto y traer consecuencias para la salud, psicológicas y sociales. Se requiere de programas que garanticen información y servicios, además de, potenciar los factores protectores para reducir las mencionadas conductas (Borras, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida que marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales (OMS, 2005).

A la par de las intensas transformaciones biológicas que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, participan de ese concepto elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a

otro. Es a partir de las representaciones que cada sociedad construye al respecto de la adolescencia, por tanto, que se definen las responsabilidades y los derechos que deben ser atribuidos a las personas en esa franja etaria y el modo como tales derechos deben ser protegidos (Ação Educativa et al, 2002).

En las ciencias de la Psicología, destaca el enfoque psicoanalítico que define la adolescencia como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que llevan a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. A su vez, ocurre un despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse una desvinculación con la familia y de oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia en la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella (cf. Erikson, 1971).

Por lo tanto en un tratamiento terapéutico con un adolescente, el profesional pasa a tener un rol activo, de este modo, tiene una participación significativa en el proceso de cambio. El mayor agente de una psicoterapia efectiva es la personalidad del terapeuta, especialmente en cuanto a su habilidad para construir una relación cálida y apoyadora (Lester Luborsky, 1985).

El psicoanalista estadounidense Stephen Mitchell (1988), en su libro *Relational concepts in psychoanalysis*, plantea que el terapeuta pasa a integrar la matriz relacional del paciente. En la medida que utiliza su entrenamiento y experiencia, se involucra en forma colaborativa, pudiendo aportar en una experiencia relacional nueva y constructiva, lo que permitirá comprender el mundo del paciente.

La calidad del vínculo que se establece entre paciente y terapeuta influiría en el tratamiento y estaría dada por procesos de transferencia y contratransferencia, operando en la alianza terapéutica (Fiorini, 1973). El término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. Por el propio Freud, en su trabajo de 1912, *The Dynamics of Transference*, planteó la importancia de que el terapeuta mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de este, estableciera una relación positiva con el terapeuta (Corbella & Botella 2003).

Considerando todos los antecedentes expuesto en los párrafos anteriores, para la realización de la investigación, tomando en cuenta lo multidimensionalidad del fenómeno de la adherencia, se tomó como marco de referencia al modelo teórico biopsicosocial, aunando en los factores que inciden en la adherencia al Programa Individual de Tratamiento “San Vicente de Paul”.

George Engel (1980), en su libro, *The clinical application of the biopsychosocial model*. Presenta una nueva mirada de intervención, donde postula la incorporación de factores biopsicosocial, que participan en los procesos de salud-enfermedad, como respuesta a otro modelo, el biomédico, dominante en las sociedades. Este modelo conceptual presentó una nueva visión de la realidad, buscado una mirada integradora de los fenómenos en el mundo. Como modelo holístico de salud - enfermedad, considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales, cada sistema influye en los otros y a su vez está influido por los demás (García, Hoover, & Gil Obando, 2007).

El Modelo Biopsicosocial (MBPS) propone una vía más globalizadora para intentar entender cómo el sufrimiento y la enfermedad están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social (García, 2007). El modelo busca la interacción de equipos multidisciplinarios, que operen en conjunto, abocados a resolver un problema, donde el paciente y su historia de enfermedad pasan hacer agentes activos en el proceso (Carrió, 2002).

Desde esta perspectiva, el objetivo de la investigación, es describir, factores que inciden en la adherencia en el Programa Individual de Tratamiento “San Vicente de Paul”. Por lo que la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Qué factores inciden en la adherencia al Programa Individual de Tratamiento para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y otras drogas en el programa terapéutico “San Vicente de Paul” desde la mirada de los profesionales?

Para efectos de la investigación se definen el objetivo general y los específicos, con el propósito de poder definir los factores que inciden en la adherencia a los programas de tratamientos.

Objetivo General

Describir los factores que inciden en la adherencia al Programa Individual de Tratamiento (PIT) para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y otras drogas en el programa terapéutico “San Vicente de Paul” de la comuna de Padre Hurtado durante el período 2017, desde la mirada de los profesionales.

Objetivos Específicos

- ✓ Conocer la experiencia de los profesionales en el programa de tratamiento de rehabilitación del Centro Terapéutico San Vicente de Paul.
Conocer las prácticas de intervención del Centro Terapéutico San Vicente de Paul.
- ✓ Describir las características de los usuarios del Centro Terapéutico San Vicente de Paul.

MÉTODO

Para esta investigación se utilizó una metodología cualitativa con enfoque discursivo. Comprendiendo la realidad como resultado de un proceso histórico de construcción a partir de la lógica de los participantes. Esta metodología se centra en lo subjetivo, en lo vivencial y en la interacción de los sujetos. De esta manera se pretende abordar las realidades subjetivas e intersubjetivas como legítimas de conocimiento científico (Galeano, 2004).

Se optó por este paradigma metodológico porque la presente investigación buscó conocer la percepción y los significados que los profesionales le otorgan a los distintos factores que inciden en la adherencia a los tratamientos, ya sea desde ellos mismos o del programa. La profundidad de la investigación es descriptiva, pues el propósito es describir factores, decir como es y cómo se manifiestan determinados fenómenos (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

El diseño fue no experimental, ya que no fue objetivo de esta investigación manipular las variables, sino observar el fenómeno en su contexto natural para su posterior comprensión y análisis, se aceptaron las condiciones en que se desarrolló el fenómeno y se analizó en profundidad en relación a lo que la realidad permitió (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Además esta investigación fue de tipo transversal, ya que se realizó en un tiempo y espacio determinado.

La estrategia de muestreo escogida para esta investigación fue no probabilística, ya que los requisitos de selección que se establecieron, exigían que fuesen profesionales que trabajaran en el centro terapéutico para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas pertenecientes al Programa “San Vicente de Paul” y que contaran con más de un año de experiencia en el lugar. Se entrevistó así, a 8 profesionales: 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 3 técnicos en rehabilitación, 1 terapeuta familiar y 1 profesor de educación física.

La estrategia de análisis utilizado fue de contenido cualitativo, el cual según se define a sí mismo dentro de este marco de trabajo, como un acercamiento concreto, de análisis metodológico de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio (Mayring, 2000).

Para el proceso de levantamiento de información se diseñó y se desarrolló una entrevista semiestructurada a partir de tres dimensiones: La experiencia de los profesionales, los tipos de tratamientos y las características del usuario.

En cada una de ellas, se detallaron diez categorías y se incluyeron dos categorías emergentes que surgieron durante el proceso de investigación.

Dimensión	Categorías
La experiencia de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación Profesional ✓ Experiencias en tratamientos ✓ Logros y satisfacción personal Emergente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Percepción Crítica al sistema
Los tipos de tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alianza terapéutica ✓ Tipos de tratamientos ✓ Adherencia terapéutica ✓ Farmacología

	Emergente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transferencia y contratransferencia
Características del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Características biológicas del usuario ✓ Características Psicológicas del usuario ✓ Características Sociales del usuario

En la ejecución del levantamiento de la información se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, la cual, le otorga al entrevistado un mayor control del ritmo de la entrevista, lo que permitiría además, que éste entregue más información de la que el entrevistador pretende recabar. Dicha entrevista, estuvo conformada por preguntas abiertas, lo cual facultó la obtención de distintas matices de respuesta (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Respecto a los aspectos éticos, esta investigación fue realizada con la autorización del programa terapéutico “San Vicente de Paul” en donde se entregó el Consentimiento Informado que explicó el objetivo y procedimiento, la cual se considera y se enmarca dentro del Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile, considerando que el acto profesional debe realizarse enfatizando así el Artículo N° 1 del presente código (2012), el cual señala que el psicólogo se compromete a respetar los principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, respetando la dignidad y resguardando el derecho a la privacidad y confidencialidad.

RESULTADOS

Formación Profesional

En esta categoría se analizó la relevancia de la formación profesional del terapeuta, en donde vimos que el equipo multidisciplinario que trabajan en el Programa, cuentan con educación superior, capacitaciones y diplomados específicamente en el Modelo de Reducción de Daños.

La mayor parte de los profesionales del programa, posee una diversidad en su formación, entre ellos encontramos: terapeuta familiar, docentes, asistentes terapéuticos, psicólogos, terapeuta ocupacional, técnico en enfermería, técnicos en rehabilitación.

En los relatos recogidos en las entrevistas realizadas al equipo multidisciplinario del Programa, se observa el constante aprendizaje a través de la experiencia. Coinciden que la formación académica es necesaria para poder trabajar dentro de este tipo de temáticas sociales, pero lo fundamental para la adherencia a los programas del tratamientos es la experiencia.

“he conocido gente que sabe mucho, esa misma gente me ha enseñado mucho a mí también, he aprendido de gente que lleva muchos años trabajando en el área, entonces, para mí ha sido como un constante nutrir, nutrirme de experiencias de tanto como los chiquillos como de otras gentes, en todos los sentidos, a nivel personal y laboral,”N.V.

Para trabajar con el Modelo de Reducción de Daños, se requiere que el profesional posea habilidades para la generación del vínculo y así pueda tener una perspectiva integradora y flexible, adaptándose a la realidad del usuario.

Experiencia en Tratamientos

La experiencia en los tratamientos de consumo problemático es necesaria para poder involucrarse. Los profesionales que pertenecen a este programa, poseen años de experiencia en temáticas de consumo, vulneración de derechos e infractores de ley. Por ejemplo, 12 años lleva el profesional con más experiencia y 2 años el de menor experiencia.

Se refleja un compromiso que va más allá de la formación profesional, donde se demuestra una vocación hacia las problemáticas sociales. La experiencia de vida y en el campo mismo, le permite al profesional desplazarse de una mejor manera para poder enfrentar situaciones de crisis, síndromes de abstinencias, conductas violentas, entre otras.

La experiencia permite ver desde una perspectiva real y aterrizada, se tiene claro que el objetivo no puede ser asistencialista, sino que se busca un cambio de vida en los adolescentes.

“yo voy a hablar desde mi experiencia, en programa uno hace intervenciones todo el rato, en cada momento que uno habla con los chiquillos.” N. M.

En algunos casos los profesionales comentan que trabajar con infractores de ley en un comienzo fue difícil, debido al sistema de creencias y estereotipos sociales, pero con el tiempo y conociendo la historia de vida de cada uno de los usuarios, fueron cambiando su visión. Concluyen que es necesaria la experticia.

La experiencia, enseña que el trabajo terapéutico no solo se da en el box, sino que se da en todo momento; en cada instante siempre hay intervención.

“Yo tenía cierta visión respecto a las personas que cometen delitos, ¿ya? Eh, fue como lo primero que se me vino abajo y que finalmente el delito representaba, o estaba o era la consecuencia de otras cosas. No era antojadizo.” A.G.

También, a través de la experiencia, se construye una responsabilidad hacia el usuario, se sienten facilitadores de herramientas para que se produzca el cambio terapéutico. Se produce una conexión de la vida personal del profesional con los procesos terapéuticos que se dan con los usuarios.

Los profesionales manifiestan que el haberse formado académicamente es totalmente diferente a involucrarse a través de la experiencia con estas realidades.

Por todo esto, los profesionales que trabajan en esta temática deben cumplir con ciertas habilidades y contar con el conocimiento teórico, del desarrollo vital del adolescente, puesto que los profesionales que solo han trabajado con adultos no tienen el conocimiento y la experiencia que se necesita para trabajar con adolescentes.

“Me gusta el trabajo y desde aquí, desde la experiencia, uno puede gestionar, hacer, movilizar muchas cosas a las personas y además uno mismo igual, de hecho son lugares que también a uno lo llevan a generar cambios internos” P.G.

Para los profesionales del programa, la experiencia en este tipo de tratamientos es un factor relevante para la adherencia terapéutica. Los profesionales enfatizan que la experiencia te va entregando la experticia para este tipo de trabajo. Aprender a cómo generar vínculos terapéuticos, conocer los diferentes tipos de pacientes, como enfrentar situaciones de crisis, como sobre llevar la temática.

La experiencia les permite hacer un trabajo interno, que a la vez los lleva a un autoconocimiento, así poder generar alianzas terapéuticas sanas, “no del dolor de uno mismo, sino del dolor del otro.” La experiencia de haber vivido una experiencia de consumo, le permite al profesional empatizar con los usuarios desde lo experiencial.

“también desde la conversación de la experiencia, creo que también una técnica mía es la experiencia, porque una vez fui adicto a la pasta base, de los 9 hasta los 20 años, entonces creo que tengo la capacidad de empatía real” M.M.

Satisfacción Profesional y Logros

Las grandes recompensas que ellos sienten como profesionales y también en lo personal, tienen que ver con una vocación social por el trabajo que realizan. La satisfacción se encuentra en ver como los usuarios del programa realizan los procesos de cambios: definir su identidad de vida y metas reales. El logro y satisfacción alude al crecimiento del otro.

“revelador en el sentido de conocer otra realidad que si bien es cierto no era tan lejana a mí, pero sí como adentrarse en el mundo y entender el motivo del por qué pasan ciertas cosas eee ha sido como mucho crecimiento para mí, ha sido muy satisfactorio poder ayudar a los chiquillos como desde mi rol de psicólogo, como poder entregarles herramientas, entregarles nuevas formas, ha sido muy enriquecedor para mí en ese sentido, ha sido una muy bonita experiencia, es muy motivante, yo creo que también por eso llevo tanto tiempo también trabajando en el área, me gusta mucho mi trabajo, me gusta mucho trabajar con los chiquillos, me gusta aportar mi poquito de arena también a la justicia social, al cambio de la sociedad”N.V

Otro logro es cuando se produce una buena alianza terapéutica con el adolescente, tomando en cuenta que es un tipo de población que posee características desfavorables.

“Es gratificante bastante buena con altos y bajos como todo trabajo, pero es gratificante ver cuando uno logra el vinculo y hacer un buen trabajo con algún usuario y vengan después a verte con familia, con trabajo y verlo bien y ver que se hizo un buen trabajo aquí, no solo con el usuario sino también con la familia, que es de donde parte, no solamente con el usuario”M.G.

El mensaje del terapeuta es congruente, no solamente desde un discurso, sino que existe en la persona del profesional un fuerte compromiso con la problemática. Cuando los adolescentes son capaces de relacionarse de una manera más afectiva con los profesionales; por ejemplo, cuando los adolescentes comienzan a mostrar motivación por las tareas, objetivos y la historia de sus vidas.

“que vengan los chicos que han estado acá, independiente si ha estado a cargo mío o no, que vuelva con un trabajo, con su hijo, con su familia, con sus cosas, a decirnos que estudio, que saco una carrera.” (P.G).

Para ellos otra satisfacción es el reconocimiento que les entregan los demás profesionales que son parte del equipo del programa.

“Lo otro es el reconocimiento desde los compañeros de trabajo. Tiene que ver con el trabajo en equipo yo creo. O sea cuando a ti te consultan cierto tipo de cosas, cuando alguien quiere saber algo en particular y reconoce, eh... no solo tu aporte quizás como persona en el Programa, si no tu aporte desde tu experticia” A.G..

Los profesionales sienten que no son reconocidos por las instituciones a las que pertenece el programa; primero por la institución gubernamental SENDA y luego por la Fundación Paréntesis. Es insuficiente lo relacionado con la escala de sueldo, beneficios y otros aspectos legales.

“Lo que pasa es que uno puede ser reconocido desde muchas partes. Entendiendo por ejemplo la dinámica esta de SENDA, como que abarca todo hacia abajo. Entonces uno podría ser reconocido desde SENDA y uno podría decir los sueldos, vacaciones, administrativo y otros aspectos legales donde uno podría quizás sentirse reconocido en esos aspectos legales donde uno podría quizás sentirse reconocido en ese aspecto. Yo creo que nosotros tenemos también la Fundación como, como un, como otro peldaño donde

también desde ahí podría haber un reconocimiento. Que hay algunos que otros, pero son como insuficientes.”A.G.

Alianza Terapéutica

La alianza terapéutica nace desde el momento en que ingresa el adolescente al programa. Tiene como premisa la confianza que se genera entre el adolescente y el terapeuta. La confianza y vínculo son dos conceptos principales para que se genere la alianza terapéutica. En su mayoría los terapeutas sienten que es responsabilidad de ellos generar una sana alianza.

“El vínculo no solamente tiene que ver con el ingresar con firmar un documento, el vínculo tu lo generas desde que el chico ingresa al programa, desde que uno se mira, desde el respeto de la mirada desde que tu le ofreces.”L.A.

Para los terapeutas del programa la alianza terapéutica comienza desde la construcción del vínculo, desde la forma de trabajar y el tipo de relación que se va dando durante el proceso.

La generación del vínculo es dificultosa, con este tipo de usuarios, producto de su historia de vida, conductas violentas e impulsividad. El fin del trabajo terapeuta es romper con estos esquemas de relaciones adquiridos e instalados en los sujetos. Visualizando que necesitan mayor contención, flexibilidad, creatividad y autenticidad.

“Sí, mira, eh, igual es complejo. Eh, yo creo que en el trabajo con adolescentes si no se genera un vínculo no se logra nada. A diferencia de con los adultos. Con los adultos uno hace una pega así parejita, el adulto yo creo que logra cuadrar. El adolescente no. Si uno no tiene vínculo, no...” A.G.

El vínculo terapéutico nace de la buena disposición que tiene el terapeuta, un involucramiento por lo que le pasa al otro. Se da la relación con límites afectivos, no con límites aversivos, dignificando al ser humano que tiene esta problemática. La dignidad comienza con el buen trato. La dignificación del ser humano permite establecer un vínculo real, los profesionales tienen como principio la no estigmatización de los adolescentes.

“acá no hay ni drogadictos, ni delincuentes, ni mucho menos flaites” ---soy valioso por el hecho de existir” (NM).

La construcción del vínculo nace de los procesos más cotidianos, tales como; la preocupación por su aseo personal, por la alimentación y un buen dormir. Promocionando el auto cuidado.

Los vínculos acá son súper fuertes, pero es de doble filo, porque genera dependencia en los chiquillos en el espacio, el ver que tienen a alguien que les pregunte: como amaneciste, como dormiste, buenas noches, cosas que en la casa nadie se preocupa de un detalle tan pequeño como ese y es lo que hace que un detalle tan pequeño como ese hace que los chiquillos te tomen mucho aprecio y es lo que les cuesta cuando están egresados, ver que están solos despierta solos y nadie les pregunta cómo están”M.G.

En la construcción del vínculo se delegan responsabilidades para que el adolescente tenga la oportunidad de demostrar que es confiable, si él comete un error se le da la oportunidad de reparar a través del aprendizaje. Se les enseñan otras formas de vincularse. El vínculo nace también del reconocimiento de los adolescentes reforzando acciones positivas. El valorarse, el hacerse cargo y que existe la reparación y que es beneficioso; es parte de la alianza terapéutica.

Sin vínculo, no hay alianza, por lo tanto, no se genera el cambio.

“para nosotros lo importante es dignificar el trato hacia los chiquillos, como entender que son personas, independiente de dónde vengan, de lo que hayan hecho” N.V.

El terapeuta debe hacer un trabajo personal para poder desprenderse de sus propios esquemas cognitivos sociales y poder empatizar con estas historias de vida.

En el ciclo vital del desarrollo, la adolescencia es un factor determinante para la alianza terapéutica, hay que pensar que el sujeto está viviendo una serie de cambios sociales, biológicos y psicológicos, sumados al consumo, el delito, la vulneración de derechos y el abandono.

Las historias de vida y las relaciones afectivas primarias son factores que determinan la generación del vínculo en una alianza terapéutica. Para lograr una buena alianza es necesario romper los esquemas, los prejuicios y los estigmas que tanto el profesional y el adolescente trae y así invertir la relación de forma horizontal.

La entrega de información sobre las implicancias que tiene el uso de drogas tanto positivas como negativas se realiza para que los adolescentes puedan optar.

“el discurso la droga mata acá no sirve, ellos ven a sus papás consumir toda la vida y no se han muerto” (A.G).

Adherencia Terapéutica

La adherencia al programa comienza cuando el usuario cumple horarios y normas de convivencia y participa en los talleres. La mayoría de los adolescentes son usuarios frecuentes del sistema, son niños institucionalizados. Por lo tanto cuentan con un discurso aprendido. Para los terapeutas la adherencia comienza con acciones concretas y positivas, cuando el adolescente comienza a tomar conciencia de su condición y su realidad; también consideran que es importante el estar ahí aunque en un comienzo el adolescente presente resistencia porque siempre está la esperanza de que el sujeto pueda hacer insight.

Los profesionales que participan en el equipo saben que se necesita voluntad y disposición por parte de ellos para que el adolescente adhiera al programa y se genere el cambio terapéutico.

“basándome en los objetivos propuestos por ellos, cosas como si se les da salida, que lleguen el día que corresponda, el tema del consumo adentro del programa es un tema que se da, no hay por qué ocultarlo y del momento que toman conciencia en que este no es el espacio para eso, y que llegue sin consumo sin droga ya significa que esta valorando el espacio.” M.G.

Para los terapeutas existen dos conceptos que tienen relación con la adherencia que son la acción y el cambio; la acción comienza cuando el adolescente empieza a tomar conciencia de su problemática, se da cuenta de que tiene un problema de consumo y a ver de qué forma puede resolverlo. Para lograrlo, es decir, que se genere la acción por parte del adolescente, primero se le brindan todos los cuidados necesarios básicos para estabilizarlos (salud, alimentación, cuidados de higiene, sueño, entre otros). Una vez que se han entregado dichos cuidados entonces se puede comenzar a trabajar con el adolescente.

El programa no puede cambiar la realidad donde el adolescente está inserto, sino que a través de la adherencia él puede adquirir las herramientas necesarias para enfrentar de mejor manera su problemática.

Los adolescentes al sentirse bien tratados y visibilizados se dan cuenta que existe una congruencia por parte de los terapeutas, no solo por lo que dicen sino, por lo que hacen, para que esto se logre, la aceptación incondicional por parte del terapeuta es esencial ya que no es tema para ellos que el adolescente sea infractor de ley y consumidor. Lo medular es su calidad de ser humano, las propias historias de vida testifican la conformación de su identidad.

“empatizar con el usuario, netamente en el vínculo a los chiquillos no puedes fingir, no puedes generar un vínculo fingido con ellos, porque son súper hábiles para eso y ellos lo detectan inmediatamente, o sea si no eres sincero.” M.G.

Los profesionales tienen esa convicción de que se puede trabajar con los adolescentes, que pueden cambiar; pueden adherir, mostrándoles una nueva visión de la vida, no desde la sobrevivencia, mostrarles que la vida puede funcionar de otra manera si ellos se lo permiten disminuyendo las conductas de riesgo.

El tiempo que el adolescente logre permanecer en el programa es un buen indicador de adherencia, porque dice relación con el sentido que éste le dé a su estancia ahí, lo que va de la mano además con los buenos tratos por parte de los profesionales.

Bueno, lo que te decía delante igual po. Cuando los chiquillos permanecen más de 1 semana ya pa mí ese es un buen indicador. Quiere decir que el espacio al menos le gustó.N.M.

La adherencia terapéutica, es fundamental para que el tratamiento pueda seguir adelante. Este fenómeno es complejo, porque dentro del participan procesos biopsicosociales. Depende de las características propias del adolescente, de lo percibe del contexto del programa, y de la especie relacional terapeuta y paciente.

Cuando a un chiquillo no le hace sentido, cuando lo que él busca no lo encuentra acá en el programa el chiquillo no va a adherir. Si en la entrada tiene algún conflicto con un profesional, va a marcar una diferencia y ese chiquillo no va a adherir.A.G.

Tipos de Intervención

El programa trabaja con el modelo de intervención Reducción de Daños, que busca humanizar a los usuarios de drogas. Ese humanizar implica ver a los usuarios como sujetos de derecho a la salud, a la educación, a la alimentación; en definitiva, a un buen trato.

El programa tiene 16 cupos en convenio con Senda para 16 infractores de ley, esos 16 infractores de ley son sancionados por la RPA, que es la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente 20.084.

Antes de este modelo, el programa trabajaba con otro tipo de intervención llamado Programa Terapéutico para Comunidades.

“Una metodología que se conoce como la metodología de las comunidades terapéuticas, esa metodología es un modelo más antiguo, pero no por eso menos eficaz para algunos usuarios pero que funciona de otra forma, con otra forma de trabajo, con etapas, con otras formas de trato” N.V.

El usuario llega con un diagnóstico y por lo general ya han pasado por otros circuitos, donde no se ha generado avance o hay un empeoramiento de su situación. Los adolescentes tienen que pertenecer al sistema de salud para ingresar al programa, y a su llegada se le asigna un psicólogo y un técnico en rehabilitación que va a estar a cargo del caso, además de una trabajadora social encargada de trabajar con el adolescente con su entorno social.

No tiene duración mínima ni máxima, el adolescente permanece en el programa según sus necesidades. Este modelo permite que los propios adolescentes establezcan metas y objetivos, construyendo un plan de acción individual donde ellos mismos plantean sus

propias necesidades en compañía del psicólogo y el técnico en rehabilitación. El programa cuenta con una estructura de trabajo.

“Nos enfocamos más en el bienestar que en la funcionalidad. Ahora, si la funcionalidad va ligada con el bienestar para ese sujeto particular, todo bien. Y ayudamos a que funcione mejor.” N.M.

Cuando el adolescente termina el programa se le comunica al dispositivo que lo derivó y este dispositivo lo vinculará con un COSAM perteneciente a su domicilio ya que lo importante es que no quede sin apoyo.

El plan de trabajo es el PIT que se ordena en 8 áreas: consumo, familiar, interpersonal, salud mental, salud física, situación ocupacional, situación escolar y un área que plantee el mismo adolescente que le interese abordar. También tiene actividades recreativas y deportivas bajo la supervisión del profesor de educación física.

El equipo terapéutico se reúne una vez a la semana para evaluar cada caso. Según los profesionales, antiguamente los programas de tratamiento de drogas eran programas muy vulneradores de derechos desde el trato hasta la metodología de trabajo, desde la perspectiva del prohibicionismo, impregnados de fármacos que dejaban a los usuarios totalmente inhabilitados.

“los chiquillos entran al programa sin que haya un gendarme amenazándolo” N.V.

El PIT bajo el modelo de reducción de daños cuenta con las líneas de trabajo más flexibles e individual donde el sujeto participa activamente de la construcción de objetivos y metas. Va más allá de la metodología, del estilo personal del terapeuta de cómo concibe

la problemática del consumo de drogas, que es una consecuencia de múltiples factores de riesgo. De hecho, los profesionales creen que esta experiencia y este lugar deberían servir de ejemplo para otros espacios que trabajan con adolescentes en temas de rehabilitación rígidas y anticuadas, donde utilizan modelos que están absolutamente desvalidados desde el estudio hasta las intervenciones clínicas.

“esta experiencia y este lugar debería servir de ejemplo también pa otros espacios que trabajan con adolescentes en temas de rehabilitación que aún son muy gendarmes, son muy anticuados, utilizan unos modelos que están absolutamente” N.M.

La dinámica de los tratamientos en adolescentes en este programa pasa más por la capacidad de escucha del terapeuta, por la compañía, por el compromiso. Por aquí pasan las grandes diferencias con los tratamientos de los adultos, porque los adultos se enfocan más en la metodología, mientras que a los adolescentes eso les resulta irrelevante.

“Eh, y lo otro es que es muy diferente el trabajo en relación a hombres, mujeres y adultos. Es muy diferente con los chicos. Con los chiquillos es más del cotidiano, de estar con ellos, conversar en... como a la pasada en lo cotidiano. En los mismos talleres que uno realiza van apareciendo más cosas. A diferencia de los adultos que dentro de lo que yo observé era como que esperan mucho más lo técnico” A.G.

El trabajo es multidisciplinario, participativo y proactivo incorporando activamente al usuario desde la ejecución del plan de trabajo hasta que logre psicológicamente problematizar el consumo. No se trabaja del rol experto, sino que desde la horizontalidad, en donde todos participan, todos están posesionados y donde todos son parte de un equipo de trabajo.

“No asumimos el rol del experto, no les decimos a ti te falta esto, tú tienes que hacer esto otro, yo te voy a ayudar, o sea eso tampoco existe acá, está erradicado de nuestro lenguaje es al revés o sea ¿cómo te podemos ayudar? A ver ¿cómo lo vamos a hacer”. P.G.

Los adolescentes presentan variaciones conductuales, por lo tanto, se debería trabajar con metodologías flexibles, que permitieran la modificación del plan de trabajo. Técnicamente, desde la experticia de cada terapeuta, se les permite cambiar de taller.

Existe un protocolo que se aplica con criterio. No es lo mismo un adolescente que lleva tres meses de tratamiento a uno que recién llega, en este punto también radica la flexibilidad en cuanto se basa en el criterio del profesional para la aplicación, siempre desde la perspectiva del sentido del modelo de reducción de daño, no olvidando que son consumidores de drogas e infractores de ley, por ende, si son expulsados por consumir droga le están ocasionando más daño.

“Firman un consentimiento informado, firman los derechos y deberes, firman un contrato terapéutico donde se especifica. Pero así y todos los chiquillos lo hacen. Porque los chiquillos están acá porque son infractores de ley y tienen una problemática. O sea, uno no puede esperar. Si fuera porque yo he firmado, o sea estaría yendo al colegio todavía...” A.G.

El Modelo de Reducción de Daños habla de los derechos de las personas y la información es un derecho. Para los profesionales del equipo es relevante que el adolescente tenga una información científica, válida y entendible. Enseñarles el daño que le produce la droga. La idea es que el adolescente tome una decisión, pero siempre basada en un fundamento.

“a mí me gusta el gas porque vuela más rápido, oye el gas no vuela. El gas no cae en la categoría de droga porque el cerebro no tiene un neuroreceptor para el gas, lo que el gas produce es muerte cerebral, el cerebro se te muere” A.G.

El trabajar con los adolescentes es diferente a trabajar con adultos, por las características del ciclo vital por el cual están viviendo: la inconstancia de sus

responsabilidades, la falta de motivación y la dificultad para generar vínculos. Por otro lado, está el tema con la justicia y el consumo problemático.

Este factor es importante en la adherencia, en este programa terapéutico, donde se trabaja con el Modelo de Reducción de Daños. Donde el usuario participa activamente en su proceso de terapéutico. Principalmente por la dimensión integradora que posee el modelo.

Farmacología

Para los profesionales la farmacología es complementaria. Es un apoyo necesario en algunos casos, no es factor requisito para la adherencia. La postura para algunos profesionales en el uso de los fármacos se basa en la débil regulación y fiscalización en la venta de fármacos y el acceso que los adolescentes han tenido durante su vida.

“Entonces, eh, se sabe que hay un alto consumo de fármacos en los adolescentes, que los venden en las ferias libres, en cualquier lado y más barato que otras drogas” A.G.

Sin embargo, la experiencia muchas veces les ha demostrado que, en algunos casos, es necesario. En este programa se trabaja con un psiquiatra el que cuenta con el respaldo de todo el equipo de trabajo porque es él quien tiene la última palabra respecto de la administración de los fármacos. La farmacología por sí sola no conlleva a resultados positivos, así como la psicoterapia por sí sola, en algunos casos, tampoco cumple con su objetivo. La complementación de los dos tratamientos, resulta beneficioso para la adherencia.

“Porque sabemos que la farmacoterapia por sí sola no sirve de nada. Y de repente la terapia o la psicoterapia por si sola tampoco sirven de nada, sin la farmacología” A.G.

Los profesionales del programa saben que los trastornos de estructura de personalidad no se curan con fármacos, lo que puede hacer un fármaco es quizás estabilizar ánimos, mejorar temas conductuales a través del aplanamiento de ciertos síntomas violentos, trastornos del sueño y síndrome de abstinencia.

“Necesitan de los fármacos cuando hay enfermedades asociadas al consumo, para el manejo de control de impulsos, síndrome de abstinencia, la regulación del sueño.”M.M.

Todos los profesionales que trabajan en el programa mantienen la misma postura respecto al uso de fármacos, por lo que la farmacología no se considera un factor relevante en la adherencia al tratamiento.

Características Biológicas

Los usuarios que ingresan al programa presentan evidente deterioro cognitivo como consecuencia del consumo, considerando que la población tiene una edad de 14 a 18 años y ya lleva consumiendo entre 6 y 9 años. Resaltando en la etapa de desarrollo vital, que es la adolescencia, en pleno desarrollo del cerebro.

Presentan trastornos del sueño, desnutrición, con síndrome de abstinencia, en algunos casos con descontrol de impulsos y conductas violentas, en casos particulares hay

pérdida de piezas dentales, lesiones producto de riñas callejeras, enfermedades venéreas y patologías a la base asociadas al consumo problemático de alcohol y drogas.

“Los chiquillos vienen con deterioro en cuanto al consumo, en cuanto a su nutrición, eh, no están muy bien alimentados,” R.G.

También presentan problemas cardiacos como la braquicardia producto del consumo de cocaína, desnutrición prolongada que lleva al desgaste de los huesos, músculos fatigados, vulneraciones de derecho, maltrato físico, abuso sexual. El deterioro físico y cognitivo lo lleva a una descoordinación física y también a una descoordinación motora “motricidad fina y gruesa”. No son capaces de realizar una rutina de trabajo físico: un juego, un partido de fútbol. El deterioro fisiológico por el tema del consumo también los lleva a perder la voluntad, inician una tarea, pero no la terminan; les cuesta el cierre.

“el joven llega y no tiene coordinación, no tiene equilibrio, no tiene motricidad, no sabe trotar” R. G.

Cognitivamente la percepción de daño que tienen por la relación con el consumo es nula, pero además el deterioro cognitivo y físico va a asociado al tipo de sustancia que consumen. Los que esnifan gas presentan daño cerebral irreversible; los que fuman pasta base bajan de peso de forma considerable por la poca alimentación. Los adolescentes no solamente están por un deterioro debido al consumo, sino que existen también otros factores como la historia de vida, la violencia, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual y prostitución, provocando un deterioro que es invisible.

“Hay chiquillos que llegan muy mal, muy mal enflaquecidos, eh, con problemas físicos ya con deterioro biológico asociado a un consumo prolongado y agudo. Muy mal” N.M.

Las características biológicas son importantes de considerar para comenzar el proceso terapéutico, muchas veces se requiere mejorar la calidad de las condiciones que traen. Así, si las necesidades biológicas son cubiertas, como, por ejemplo, la alimentación, el sueño, sus problemas de salud, es más probable que el adolescente adhiera porque quiere permanecer en este espacio.

Características Psicológicas

Algunos de los jóvenes que ingresan al programa llegan en estado de anhedonia y en otros casos con un descontrol de impulso, con conductas violentas, trastornos del sueño, baja autoestima, baja motivación, resistencia al estar lúcido, porque no tiene sentido para ellos producto de los largos períodos de consumo en los contextos de violencia, tráfico, abusos, etc. Presentan una conducta autodestructiva, hay casos de autoagresiones. Con respecto a la autonomía cuando ellos llegan al programa son autónomos en cierta parte porque han creado, a su manera, autonomía desde su mirada.

“ellos se creen autónomos porque los echaron de su casa y están viviendo en grupos en la calle, pero si dentro del programa se les sugiere retomar su escolaridad no son capaces” entonces son autónomos de las conductas adquiridas socialmente” A.G.

La percepción y sentido de realidad de estos adolescentes también se encuentra alterada. Una percepción trastocada por los valores que han ido adquiriendo a través de su desarrollo en el contexto social donde están inmersos; revalidando conductas callejeras.

“desde que yo robo más, yo he estado en más cárceles y en más centros juveniles, totalmente desde la validación delictual y de la línea de droga y delincuencia,” M.M.

Sus relaciones vinculares son difusas y contradictorias. Sus vidas han estado marcadas por vínculos poco saludables. Los patrones relaciones en la mayoría de los casos son desde la frontera, siempre fluctuantes y pasando de una línea a otra.

“mandonear al otro, gritonear al otro, disminuir al otro, terminar incluso golpeando al otro. Y si no, pasa como el efecto contrario: que son ultra amigos, hermano doy la vida por ti, no sé qué, eh... Y también eso cambia mucho, es muy fluctuante. Es como los chiquillos se aman y después al otro día se odian” N.M.

Los usuarios más empáticos tienen más posibilidades de adherir al programa, ya que son capaces de conectarse con su lado más saludable. E integrar sus experiencias de dolor y abandono.

Yo creo que la empatía también es un indicador de que un chiquillo tiene un avance terapéutico. Porque eventualmente llegan muy apáticos. Muy indiferentes como del, de sí mismo y del mundo. Entonces el retorno a la empatía yo creo que es un buen indicador” N.M.

Las características psicológicas de los usuarios es un factor importante a la adherencia al programa de tratamiento. Por la significancia que presenta la estructura de personalidad dentro del trabajo terapéutico.

Características Sociales

Los adolescentes acceden al tratamiento porque están sancionados por la Ley 20.084. Es una sanción accesoria o bajo la suspensión condicional del procedimiento. Los tribunales los derivan a este tipo de programas.

Existe una estigmatización hacia estos adolescentes y una deshumanización con respecto al sujeto, pero desde el sujeto mismo, desde su realidad misma. Tomando en cuenta que los sectores sociales donde viven los adolescentes son vulnerables, con altos

niveles de pobreza, falta de oportunidades, violencia intrafamiliar y bajos niveles de escolarización, y una deprivación sociocultural.

“Habitualmente son chiquillos que vienen de sectores populares, ehm, donde hay un alto índice como de pobreza generalizada. De primera pobreza económica evidentemente, pero también como de la falta de posibilidades de ver el mundo. O sea son chiquillos muy deprivados. Como te decía recién, hay chiquillos que nunca han ido al cerro San Cristóbal y eso es real. N:M

Los profesionales del programa sienten que la sociedad, influenciada por los medios de comunicación, instrumentalizan la problemática social. Falta un entendimiento de la base del problema, de buscar una solución temprana para que ese adolescente no comience con una escuela delictiva permanente. El equipo de trabajo del programa comenta que existe una respuesta inmediata de estigmatización, de vulnerabilidad de derechos, de todos los sistemas, comenzando por el sistema familiar, judicial, de salud y de educación.

“Es muy raro lo que pasa porque a través de los medios de comunicación yo le digo si tú quieres ser un huevón bacán tienes que tener estas zapatillas de 200 lucas, donde yo no tengo las 200 lucas, pero me están diciendo todo el día que yo para poder ser un huevón bacán tengo que tener esas zapatillas.” A.G.

Estos adolescentes infractores de ley comienzan a temprana edad a la socialización callejera aprendiendo como forma de comunicación la intimidación y el matonaje. No existe una causal específica para esta problemática social. No se puede categorizar, es un conjunto de factores que participan para que esta ocurra. La problemática es compleja, se observa una variabilidad de factores que gatillan estas conductas.

“Entonces ya no tienen acceso a salud, a educación y ahí van tomando este camino de la calle, el camino de la socialización callejera que a la larga les va entregando más beneficios que lo otro que podría haber sido el colegio, la salud” N.V.

El sistema familiar es fundamental para el adolescente porque éste necesita de contención, sostén y significancia. Existe una vulneración desde el Tratado de La

Convención Nacional del Niño, en donde a estos adolescentes no se les llama por su nombre sino por su apodo, son abandonados, transgredidos en sus derechos, porque no son funcionales para el sistema por lo tanto quedan al margen, transformándose la calle, el consumo y el delito una forma de vida.

“gente de otro programa que ni siquiera son capaces de nombrarlo así. “El flaco que”, pero como “el flaco” si es un Derecho Fundamental, Derecho a tener un nombre” A.G.

El consumo de sustancia, la vulneración de los derechos, la violencia, están instaurados dentro del contexto social más íntimo. Por lo tanto, el adolescente a través del aprendizaje vicario va incorporando este sistema relacional, adquiriendo una dimensión adaptativa.

“es ilusorio pensar que donde los espacios donde todos consumen, donde la violencia está instaurada, donde existen las dinámicas de vulneración del otro, se encuentre un sujeto saludable” N.M.

Los adolescentes tienen relaciones superficiales, se relacionan a través del consumo, a través del delito. Existe un abandono por parte de sus familias, pero sucede también lo contrario: ellos abandonan sus lugares de origen formando nuevas realidades. Los patrones conductuales transmitidos transgeneracionalmente son los mecanismos de comunicación que los adolescentes adquieren dentro de su contexto familiar por lo tanto es difícil romperlos y establecer nuevos.

“no! ¿Cómo voy a trabajar? Si los pavos terminan trabajando, o sea yo voy a robar toda la vida. Esa es una cultura y un valor que ellos traen. Y ahora si yo me pongo a trabajar en mi casa me van a rechazar porque yo soy un trabajador y no un ladrón!” A.G.

Por lo tanto, el objetivo del programa de tratamiento es romper con esos esquemas cognitivos sociales que están instalados en la batería de comportamientos del adolescente.

Sus características sociales son un factor relevante en la adherencia del tratamiento, por su complejidad, que va desde que el sujeto se inserta en sus primeros vínculos primarios hasta sus relaciones en contextos sociales altamente vulnerados.

Transferencia y Contratransferencia

Los profesionales dentro de la matriz relacional que se da con cada uno de los usuarios del programa se advierten roles confusos por la misma problemática.

Por condición de vulnerabilidad que presentan los usuarios, los profesionales del programa comienzan a realizar el fenómeno de la transferencia y contratransferencia dentro del espacio terapéutico.

Yo siento que los chiquillos ahora me ven más como una figura más como desde el rol materno y desde ahí enchufan conmigo, eh, y eso ha sido muy terapéutico para mí y para los chiquillos que han sido mis usuarios” N:M.

Los profesionales le comienzan a pasar cosas, nacen sentimientos. Si lo vemos desde el psicoanálisis, los procesos de transferencia y contratransferencia son evidentes, especialmente con el género femenino, en donde se dificulta el proceso con respecto al ser madre y ser hija.

“Partiendo de la base de que se le denomina el vínculo terapéutico, hay que tener ojo ahí con el tipo de vínculo que se pueda generar o establecer con los usuarios, hay vínculos que se dan desde la maternidad, es peligroso.M.M.

Los profesionales son conscientes de estos procesos intrapsíquicos que les suceden y buscan apoyo entre compañeros.

“la contratransferencia era muy potente en un principio. Hoy día todavía me impacto, porque de hecho yo digo: cuando pierda la capacidad de impacto no voy a volver a trabajar en esto. O sea todavía me da pena. Yo he llorado con usuarios. Todavía quiero matar a algunos padres” N.M.

Se evidencia los procesos intrapsíquicos que nacen dentro de los espacios terapéuticos de la relación terapeuta y paciente. Donde claramente se ve la evocación de sentimientos de experiencias pasadas que en la mayoría de los casos son las relaciones con las figuras parentales.

“Pero yo sí tuve muchos problemas relacionales, muchísimos. O sea, desde que fui víctima de Bullying en el colegio en algún momento. Eh, muchos problemas como con mi madre muchos. Muy brutales, muy crudos también” N.M.

La confusión de roles, es evidente en la relación terapéutica y puede resultar confusa, dificultando el desarrollo sano de estrategias de afrontamientos por parte de los usuarios, considerando que ellos tiene que volver a sus realidades, donde los contextos sociales son complejos.

“ho sea observo lo que viven estos chicos con sus 14 años y observo lo que vive mi hija con sus 14 años. Y yo creo que esas diferencias o eso que sucede que, quizás también pasó conmigo” A.G.

La transferencia y contratransferencia es un fenómeno inconsciente que se da en los procesos terapéuticos. Sin embargo, en este tipo de trabajo terapéutico, puede resultar difícil para el usuario el transferencial con su terapeuta ya que, al estar en contacto con su realidad, resultará más complejo. El terapeuta en el proceso de terapia tiene que lograr transitar libremente en las realidades de los usuarios.

Percepción crítica del sistema

Los profesionales del programa en su mayoría presentan una mirada crítica del sistema social que impera en el país, que es la concepción misma del individuo como un sujeto que tiene que funcionar y producir.

Nosotros vivimos en un modelo capitalista neoliberal en donde el que no produce lucas no sirve po. Y quedas excluido. A.G.

Por lo tanto, el hacerse cargo como sociedad no se da, quedando los adolescentes excluidos y abandonados.

“Un chico que había recibido un balazo en una pierna. El cual no había tenido, no sé si habrá tenido tratamiento en algún momento, pero era una herida que... estaba el chico en situación calle prácticamente, una herida que no había visto nadie, que nadie la había tratado, así al límite. Entonces este chiquillo ingresa y aquí aparece el protocolo de nuevo, porque si yo leo el protocolo dice que ese chico debiera ir al consultorio, debiera tratarse ahí y de ahí reingresar. O sea si el chiquillo está acá, cómo no voy a... Yo me atiendo en el consultorio y así como luzco yo voy al consultorio y me tratan a la patá y al combo. O sea a un chiquillo que es delincuente y drogadicto se van... o sea no me quiero ni imaginar cómo lo van a mirar.”A.G.

Los profesionales revelan que esta problemática es compleja, que resulta difícil para estos jóvenes, por parte de ellos existe una convicción y coherencia en su discurso y con el trabajo que realizan.

Porque yo podría en la casa tener un discurso súper feminista y de igualdad de género y de igualdad de condiciones como de los Derechos Humanos, pero trabajar en un Banco, ¿cachai? Y ahí yo hago esto y siento que estoy siendo consecuente. N.M.

El trabajo de la sociedad es hacer un cambio conceptual desde el paradigma del buen trato. Estos adolescentes tienen un problema con la justicia, un consumo problemático de alcohol y droga, pero son ciudadanos con derechos.

“Para nosotros lo importante es dignificar el trato hacia los chiquillos, comooo entender que son personas, independiente de dónde vengan, de lo que hayan hecho, que no hayan hecho, cómo estén viviendo a quienes han tratado mal, son personas y necesitan, tienen derechos”N.V.

Existe una postura clara y decidida por parte del equipo de profesionales que conforman este equipo, de la operatividad del sistema economicosocial del país, hasta temas valóricos.

“Y claro, súper bonito un ser viviente que respira y que no sé qué, pero necesitamos que exista. Lo necesitamos hacer sujeto. Y esa es una pega muy gigante, ¿cachai? Entonces si la persona que va a estar a cargo de eso no se siente habilitada mejor que no lo haga, ¿cachai?” N.M.

DISCUSIÓN

El análisis multidimensional que ha realizado en esta investigación acerca de los factores que inciden en la adherencia al Programa Individual de Tratamiento para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y otras drogas en programa “San Vicente de Paul” desde la mirada de los profesionales, podemos describir que existen cinco factores que son relevantes en la adherencia:

- Experiencia de los profesionales
- La alianza terapéutica
- Los factores biopsicosociales de los usuarios
- Transferencia y la contratransferencia
- Percepción crítica al sistema

La experiencia del profesional en esta investigación resulta ser trascendental en la adherencia al programa. Los profesionales necesitan adquirir experiencia, para poder trabajar con este tipo de población para desarrollar las habilidades que les permita enfrentar las situaciones que se producen durante los procesos terapéuticos de los adolescentes que participan en el programa. La experiencia le da al profesional una mejor conducción de sus procesos internos y externos que están relacionados con sucesos inesperados.

Estudios de Williams, Judge, Hill y Hoffman (1997 citados en Corbella y Botella, 2004) estudiaron las experiencias reportadas por terapeutas en formación, encontrando en

ellos mayores niveles de ansiedad, la cual disminuía a lo largo del período de entrenamiento y que la mayor parte de los terapeutas decían haberse distraído en algún momento de la sesión; aspecto que evolucionaba con el entrenamiento (Corbella y Botella, 2004).

Es necesario que los profesionales sin experiencia que deseen trabajar en esta área específica de intervención, sean acompañados por un profesional con la expertiz. Esto debido a que en la práctica se enfrentan situaciones de crisis, síndrome de abstinencia, conductas violentas, descontrol de impulsos, por lo tanto, si no ha desarrollado las habilidades necesarias para enfrentar este tipo de contingencias, como resultado puede desencadenar en una carga emocional para el profesional aprendiz, dificultando la adherencia de los usuarios al programa. En este Programa, los profesionales no tienen esta problemática, pues poseen una experiencia en este tipo de tratamientos.

La alianza terapéutica es un factor relevante en todo proceso terapéutico, por lo tanto para la adherencia es esencial. Los profesionales del programa están plenamente conscientes que son ellos los promotores para generar una buena alianza. La experiencia les ha enseñado que estos adolescentes por su historia vida, son hábiles y perciben cuando el trato es real y sincero. En la medida que el terapeuta se involucra en forma colaborativa en la relación con el paciente puede aportar una experiencia relacional nueva y constructiva.

El movimiento humanista, desde sus inicios prestó una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico. El terapeuta debe ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al paciente (Rogers 1957).

En ese espacio relacional entre terapeuta paciente nace el vínculo terapéutico, es el concepto más destacado de las entrevistas realizadas a los profesionales del programa. El modelo de Reducción de Daño, les permite a estos profesionales, generar los vínculos que se necesitan para poder trabajar con este tipo de usuario.

En la relación terapéutica se enseñan nuevos canales de comunicación y así poder llevar cabo los procesos de cambio, donde en primera instancia se pone el acento en los efectos que las intervenciones de los profesional producen en el adolescente, vale decir, que el profesional tiene que ir tomándole el pulso al proceso, para que así se produzca la realización de los logros terapéuticos.

El profesional tiene que distinguir los patrones relacionales que tiene el adolescente, que por lo general, son: el doble vínculo, el lenguaje precario, el matonage y la violencia para así poder romper estos canales de comunicación instalados en el adolescente.

Para crear el vínculo terapéutico, se necesita poner a disposición en el espacio relacional la batería de habilidades, que posee el profesional; ser congruente, capacidad de escucha, flexibilidad, incondicionalidad y empatía, utilizando su persona para crear nuevos sistemas relacionales a través aprendizaje vicario, y así lograr que el adolescente busque dentro de su lado más sano, la incorporación de nuevos sistemas de comunicación.

Un concepto que se percibe en el análisis de contenido es la empatía. La empatía es capacidad de percibir el mundo interior integrado por significados personales y privados como si fuera el propio, pero sin perder nunca ese “como sí”. Cuando el profesional capta con claridad el mundo del paciente y puede moverse libremente dentro de él, puede comunicarle al individuo su comprensión de aquello que él conoce vagamente y volcar en palabras los significados de experiencias de las que él apenas sí tiene conciencia. Esta clase de empatía muy sensible parece ser un factor importante en el proceso de posibilitar a una persona el acercamiento a sí misma, el aprendizaje, cambio y desarrollo. (Carl R. Rogers, 1962).

En síntesis, se necesitan este conjunto de habilidades para poder generar una buena alianza, crear el vínculo, originar adherencia y así poder lograr el cambio terapéutico.

Durante la investigación y a través del análisis de las entrevistas se percató que hay dos formas de percibir el vínculo: desde la mirada de los psicólogos y de los profesionales con más años de experiencia versus los técnicos en rehabilitación.

Los primeros consideran el vínculo para llevar un proceso adelante; tienen una mirada de resultado, buscan el bienestar del usuario y al trabajar con el Modelo de Reducción de Daño con el fin es mitigar riesgos, promover el autocuidado, porque desde la experiencia ellos, afirman que cuando el consumidor de sustancia, mejora su calidad de vida, el consumo problemático se reduce. En cambio, los técnicos en rehabilitación su modo de operar es el procedimiento y el cumplimiento de la norma. Su mirada es funcional y en este sentido para ellos se da el vínculo cuando el adolescente cumple con los objetivos

y las tareas propuestas. Los técnicos en rehabilitación ven por parte de los adolescentes una instrumentalización del programa, que lo respaldan por las mismas historias de vidas de los adolescentes que han estado siempre institucionalizados.

Los usuarios presentan dificultades biológicas como enfermedades de base, desnutrición, deterioro cognitivo, en general en estado de salud deficiente, por lo tanto para que este usuario pueda tener una posibilidad de que adhiera, el programa tiene que estabilizarlos y mejorar sus condiciones. Esto sería el primer paso para generar un vínculo, esperando una buena adherencia.

En lo psicológico llegan con un aplanamiento en sus respuestas y en otros casos con conductas desconfianza y violentas. Las relacionales afectivas pobres, no existe una integración del sí mismo, falta de autonomía sumado al contexto social en que se desarrollan, vulneraciones de derecho, marginalización de los sistemas, entre otros. Socialmente, vienen de una deprivación social, a temprana edad son expulsados del sistema familiar, educacional, salud. Crecen en contextos vulnerables con falta de posibilidades, el consumo, la drogadicción y el delito son normalizados en su cultura. Por lo tanto, los factores biopsicosociales en este tipo de población dificultan la adherencia a los programas de tratamientos.

Durante el proceso de investigación, aparecen dos nuevas categorías que tienen relevancia para la adherencia: la transferencia y contratransferencia que se da entre profesional y usuario. Además la percepción crítica al sistema social por parte el equipo del programa.

La transferencia y la contratransferencia, estos dos conceptos están presente dentro de los espacios terapéuticos del programa

Debido a las condiciones de maltrato y abandono que han vivenciado estos usuarios y en el desarrollo vital en que se encuentra, se encontró que se producen desde la mirada del psicoanálisis procesos intrapsíquicos por parte del terapeuta y del usuario. Este proceso obedece principalmente a roles maternos y paternos por parte de los terapeutas y a hijos por parte del adolescente, confundiendo roles, para los actores que participan en este escenario. Es peligroso, puesto que el adolescente puede generar una dependencia; un vínculo poco sano, perjudicial para el usuario quien debe volver a su realidad.

La investigación arroja una segunda categoría emergente, la visión crítica y opositora del sistema la cual se refleja tanto en el discurso y estilo de vida personal de los profesionales. Fenómeno que genera una relación especial por parte del equipo de trabajo para con los usuarios, demostrando actitudes empáticas y solidarias. Dicha postura se concretiza en visión humanizadora respecto a los sujetos infractores de ley y consumo problemático, desprendiéndose de los prejuicios y estigmas sociales para prestar servicio a quienes son vulnerados en sus derechos. Buscando evidenciar y resolver el abandono que en todo momento marca y determina el actuar de los profesionales.

Siendo la falta de recursos, políticas públicas mal enfocadas, una falta de atención y una indiferencia e incapacidad de hacerse cargo de la problemática por parte del sistema. La vocación inquebrantable termina por acrecentar el rechazo a los estereotipos exitistas y competitivos, destituyendo la necesidad por alcanzar el status impuesto en nuestro modelo. Permitiéndose el caminar al margen del sistema por medio de una renuncia desinteresada

por parte de los profesionales del programa San Vicente de Paul. Esta renuncia cumple con el objetivo último de acompañar a jóvenes consumidores e infractores de ley, quienes han vivido la cruda cara de la marginación.

Es menester, tener presente que el eje fundamental para el buen funcionamiento y la efectiva adherencia de los jóvenes tiene correspondencia directa con la buena condición en que se encuentra la persona del profesional, advirtiendo que es un agente principal en la alianza terapéutica. Es prioritario poner atención a este actor relevante, en la adherencia. Resulta paradójico abandonar a quienes trabajan, con los abandonados del sistema.

La investigación espera movilizar a las diferentes instituciones que forman parte en la administración y ejecución de los recursos. Para desarrollar nuevas estrategias que involucren más al profesional como una parte importante del programa, ampliando el foco más allá del usuario.

A través de supervisiones, espacios terapéuticos, reconocimientos y refuerzos. Porque, como todo ser humano, ellos están sostenidos por sus propias historias, sus vínculos y logros.

Promover el modelo de Reducción de Daños, para este tipo de población infractora de ley y consumo problemático, ya que recoge las dificultades de los usuarios proponiendo cambios desde una mirada humanista, buscando el bienestar más que la funcionalidad del sujeto.

Por décadas la abstinencia, como técnica de tratamiento, ha dominado el campo de las intervenciones en las drogodependencias, pero se ha comprobado que no es suficiente. En su mayoría son modelos de intervención rígidos y estandarizados.

El modelo de Reducción de Daños es un tipo de tratamiento que envuelve los más tradicionales principios psicoterapéuticos de aceptación incondicional y empatía.

Considerando que el uso de drogas en este tipo de población infractora de ley, es un respuesta adaptativa, por vidas cargadas dolor, abandonos y vulneraciones. Promoviendo la participación de los usuarios del programa en el establecimiento de los objetivos, metas de tratamiento, y descansa en una concepción respetuosa de los derechos individuales.

Dignificando a los usuarios con nuevos patrones relaciones a través de canales de comunicación que promuevan el buen trato, para así desarrollar estrategias de afrontamientos, con el fin de que los adolescente infractores de ley con consumo problemático puedan peregrinar de una forma más humana dentro de sus complejas realidades.

Por último el proceso de investigación no presentó mayores limitaciones, sin embargo, para abordar esta problemática y sus múltiples factores desencadenantes es necesario tener el espacio y el tiempo para el análisis del material investigativo, para así provocar una reflexión, que lleve a tomar conciencia que este es un problema de todos

BIBLIOGRAFÍAS

1. Ação Educativa et al. (2002): «Adolescência. Escolaridade, profissionalização e renda. Propostas de políticas públicas para adolescentes de baixa escolaridades e baixa renda». São Paulo: Ação Educativa.
2. Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.
3. Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179.
4. Colegio de Psicólogos de Chile. (2012). Código de Ética Profesional
5. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2009).
6. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2010). Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Gobierno de Chile.
7. Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2).
8. Corbella, S. y Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes. Madrid: Visionnet
9. Dionne, J. y Zambrano A. (2009). Intervenciones con Adolescentes Infractores de Ley. *El observador*, 5, 36-54.
10. Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*.
11. Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28 (1), 48-56.
12. Erikson, Erik H. (1971): *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.

13. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile.
14. Fiorini, H. J., & Sussekind, C. (1973). Teoría y técnica de psicoterapias. Nueva Visión.
15. García, J. L. T. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención primaria*, 39(2), 93-97.
16. García, V., Hoover, J., & Gil Obando, L. M. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la promoción de la salud*, 12(1), 51-61.
17. Galeano, M. (2004). Dinámica estructural en las organizaciones. *Ciencia Administrativa Avarterly*, 31, 403 – 421.
18. Hernández, R., Fernández. C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
19. Hurtado, Paula. (2006). “Consumo de drogas en detenidos: aplicación de la metodología I-ADAM en Chile”, Fundación Paz Ciudadana
20. Ley N° 20.084 publicada en el Diario Oficial el 7 de diciembre de 2005.
21. Mayring, P. (2000). *Qualitative Content Analysis*, 1, 2. [http://www. qualitative-research.net/fgs-texte/2-00/2-00mayring-e. htm](http://www.qualitative-research.net/fgs-texte/2-00/2-00mayring-e.htm).
22. McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L., & O'brien, C. P. (1985). New Data from the Addiction Severity Index Reliability and Validity in Three Centers. *The Journal of nervous and mental disease*, 173(7), 412-423.

23. Mettifogo, D., Areválo C., Gómez, F., Montedónico, S. y Silva L. (2015). Factores transicionales y narrativas de cambio en jóvenes infractores de ley: Análisis de las narrativas de jóvenes condenados por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. *Psicoperspectivas*, 14 (1), 77-88.
24. Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard University Press.
25. Ministerio de Salud (2013 -2017). Guía Clínica Auge consumo perjudicial y dependencia al alcohol y otras drogas en personas menores de 10 años. Minsal: Santiago.
26. Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. (2012). Informe mundial sobre las drogas, resumen ejecutivo. Extraído el 10 de Agosto de 2012 desde http://www.unodc.org/documents/data-andanalysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf
27. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010: Informe Oficial sobre el uso mundial de las drogas en 2010, por la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones. www.unodc.org
28. Organización Mundial de la Salud. (2005). Estadísticas sanitarias mundiales 2005. World Health Organization.
29. Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Sociología. (2006). “Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley”.
30. Rogers Carl R. LA RELACION INTERPERSONAL, ALMA DE LA ORIENTACIÓN (Harvard Educational Review, vol. 32, no 4, otoño (1962)

31. Rementería, I. D. (2001). Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. CEPAL.
32. Safran, J. & Muran, J. (2005). La alianza terapéutica una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclée de Brouwer.
33. Senda (2007-2014). Informe 2014. Informe de evaluación técnica convenio Senda-Minsal-Sename-Genchi.
34. Tornés, A. N. D., & Semedo, J. D. C. S. F. (2013). Acercamiento al estudio de la drogadicción y el consumo de drogas en jóvenes. Revista Caribeña de Ciencias Sociales, (2013_05).
35. UNICEF. (2011). Prevención del consumo problemático de drogas.
Disponible en http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
36. Wainer, F. W. (2008). Infractores de ley, consumo problemático de drogas y posibilidades de intervención. Revista El Observador, 2, 9-26.